COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64127478
RC565 .L54 1884 De l'alcoolisme et d
RECAP

THE LIBRARIES

COLUMBIA UNIVERSITY

MEDICAL LIBRARY

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/delalcoolismeetd00lent

DE L'ALCOOLISME

ET DE SES

DIVERSES MANIFESTATIONS,

CONSIDÉRÉES

AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE, PATHOLOGIQUE, CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGAL ;

Par le docteur F. LENTZ,
Médecin-directeur de l'asile d'aliénés de l'État, à Tournai.

> Faisons de la clinique exacte et nous ferons de la médecine légale vraiment utile et absolument à l'abri de toute controverse.
>
> LEGRAND DU SAULLE.

Mémoire adressé à l'Académie royale de médecine de Belgique, en réponse à la question suivante du concours de 1881-1883 :

« Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. »

(Le prix — médaille de la valeur de 1500 francs — a été décerné à l'auteur.)

[Bruxelles,
Mayolez,
1884]

L54
1887

DIVISIONS PRINCIPALES.

INTRODUCTION.

Chap. I. Considérations sur l'action physiologique de l'alcool.

- 1° De l'alcool et des liquides alcooliques.
- 2° Action physiologique en général.
  - *A.* Chimie et physiologie pathologique.
    - Introduction et élimination de l'alcool.
    - Transformations chimiques de l'alcool.
  - *B.* Action physiologique.
    - Action locale.
    - Action générale. Système digestif.
      - Système circulatoire.
      - Calorification.
      - Respiration.
      - Sang.
      - Système nerveux.
  - *C.* Nature de l'action physiologique.
  - *D.* De l'alcool comme aliment.

Chap. II. Ivresse . . . .

- 1° Ivresse normale.
  - *A.* Description.
  - *B.* Formes.
  - *C.* Divisions.
  - *D.* Mode d'act. de l'alcool dans l'ivresse.
  - *E.* Anatomie pathologique.
  - *F.* Pathogénie.
  - *G.* Marche. — Durée. — Terminaison.
  - *H.* Etiologie.
- 2° Ivresse anormale ou pathologique.
  - *A.* Ivresse maniaque.
  - *B.* Ivresse convulsive.
  - *C.* Ivresse anormale chez les aliénés.
  - *D.* Etiologie.
  - *E.* Diagnostic.
  - *F.* Anatomie pathologique.
  - *G.* Nature de l'ivresse maniaque.
- 3° Influence de l'ivresse sur la descendance.
- 4° Rapports de l'ivresse avec la folie.
- 5° Médecine légale de l'ivresse.
  - *A.* Ivresse normale.
  - *B.* Ivresse pathologique.
  - *C.* Ivresse hallucinatoire.
- 6° Empoisonnement aigu par l'alcool.
  - *A.* Local.
  - *B.* Général.

Chap. III. Alcoolisme chronique.
- 1° Alcoolisme viscéral.
  - *A.* Désordres locaux
    - système digestif.
    - — hépatique.
    - — pulmonaire.
    - — circulatoire.
    - — génito-urinaire
  - *B.* Désordres gén.
    - sang.
    - polysarcie.
    - cachexie.
- 2° Alcoolisme cérébro-spinal.
  - *A.* Alcoolisme cérébral.
    - 1re forme. Dégénérescence alcoolique.
    - 2e — Alcoolisme hallucin.
    - 3e — Démence alcoolique.
    - 4e — Paralysie alcoolique.
  - *B.* Alcoolisme spinal.
    - Forme hyperesthésique.
    - Paraplégie alcoolique.
  - *C.* Complications.
    - Congestion cérébrale.
    - Méningite
    - Ramollissement cérébral.
    - Pachyméningite.
    - Sclérose.
    - Alcoolisme convulsif.
- 3° Pathogénie de l'alcoolisme chronique.
- 4° Analogie de l'alc. chr. avec la folie. Ivrognerie.
- 5° Médecine légale de l'alcoolisme chronique.

Chap. IV. Alcoolisme psychique.
- 1° Délire alcoolique en général.
- 2° Delirium tremens.
- 3° Psychoses alcooliques.
  - *A.* Folies alcooliques dépressives.
    - Lypémanie alcoolique.
  - *B.* Folies alcooliques expansives.
    - Manie ambitieuse alcoolique.
  - *C.* Folies alcooliques chroniques.
    - Délire des persécutions alcooliq.
    - Folie de jalousie alcoolique.
    - Mégalomanie alcoolique.

Chap. V. Alcoolisme héréditaire. — Dipsomanie.

DE L'ALCOOLISME.

INTRODUCTION.

La question de l'alcoolisme est peut-être une des plus vastes de la pathologie mentale. Là où le liquide alcoolique ne donne pas aux manifestations morbides des caractères spéciaux une individualité propre, elle imprime aux formes pathologiques un cachet particulier, une teinte à part, qui décèle toujours son origine première ; chaque jour, son influence pathogénique devient d'autant plus vaste que son usage se répand davantage, et que, pour certaines classes de la population surtout, il est à peine une manifestation morbide qui soit exempte de son influence.

L'alcool est devenu un facteur dont il n'est pas plus permis de négliger la funeste action que celle de la scrofule, de l'herpétisme, de la syphilis ou d'autres diathèses, et il est d'autant plus dangereux que, tout en ne se bornant pas à atteindre la constitution de l'individu, mais en transmettant à sa descendance ses néfastes effets, il s'offre à lui sous les attraits séducteurs d'une boisson souvent agréable et hygiénique.

Ce sont les effets de l'alcool, tant sur l'homme lui-même que sur sa descendance, qui feront l'objet du travail qui va suivre.

La variabilité excessive des manifestations qu'il produit dans l'organisme humain, soit en agissant d'une manière brusque et énergique, soit en s'infiltrant d'une manière lente et insensible, rend l'étude de ces manifestations d'autant plus difficile qu'elles offrent, dans leurs combinaisons, une variété plus grande, tantôt bornant leurs atteintes à quelques organes, tantôt portant leur action destructive sur l'ensemble de l'organisme. Ces lésions n'ont, en général, par elles-mêmes, aucun caractère propre ; elles n'acquièrent de spécificité que par leur évolution et la coordination qui préside à leur développement, ce qui donne à la classification et à la pathogénie de différents désordres alcooliques une importance considérable dans l'étude de l'intoxication.

Les divisions multiples admises par les auteurs, de même que les dénominations diverses qu'ils ont attribuées aux nombreuses formes morbides, sont trop variées pour ne pas avoir jeté quelque obscurité sur la nature même de ces manifestations.

Si l'admission des trois formes d'alcoolisme (aigu, subaigu et chronique) est absolument insuffisante à caractériser les nombreux types que l'alcool, aidé des éléments étrangers, est parvenu à créer dans le domaine pathologique, l'acception trop étendue et trop variable que l'on a donnée au terme lui-même d'alcoolisme aigu, qui tantôt désigne l'ivresse, tantôt la folie alcoolique, tantôt le delirium tremens, a notablement contribué à obscurcir une matière où la netteté des types et la clarté des définitions est une condition essentielle de progrès.

Dans la classification qui servira de base à notre étude, nous prendrons exclusivement pour guide la pathogénie, aidée de la clinique, aimant mieux suivre les procédés

qu'emploie la nature dans son travail pathologique que ceux dont se sert le théoricien dans son cabinet.

Quels sont les premiers phénomènes que l'on observe chez l'homme qui commence par user des alcooliques, à dose quelque peu élevée? Il s'enivre, et plus d'un d'entre eux n'en éprouve jamais d'autres effets. L'action plus ou moins passagère de l'alcool sur l'organisme constitue donc l'intoxication aiguë, vulgairement appelée ivresse. Quand celle-ci atteint un degré très élevé, elle forme l'empoisonnement véritable ou intoxication suraiguë. La première partie de notre travail traitera donc de l'ivresse ou alcoolisme aigu et aura pour annexe l'empoisonnement suraigu par l'alcool.

A mesure que l'ivresse se répète ou que de petites quantités d'alcool sont absorbées, d'une manière assez continue pour que le poison puisse faire sentir ses funestes effets, il en résulte une imprégnation de toute l'économie, une véritable saturation de l'organisme, qui se traduit au dehors par une modalité particulière constituant l'état d'intoxication lent et progressif. Cette situation se révèle par diverses lésions organiques et une modalité parliculière de la nutrition et du système nerveux, dont l'affaiblissement intellectuel, et surtout moral et une tendance aux troubles sensoriels et émotifs forment les éléments principaux. Tel est le véritable alcoolisme chronique, dont l'étude constituera la seconde partie de notre travail.

Que maintenant les excès persistent et se multiplient, qu'il intervienne d'autres éléments physiques ou moraux agissant sur le système nerveux ainsi morbidement altéré, et celui-ci réagira d'une façon spéciale contre les divers excitants, en donnant lieu à des désordres nombreux et variés de l'être psychique, parmi lesquels le delirium tre-

mens et la folie alcoolique occupent le premier rang. Ce sont de véritables épiphénomènes, se produisant sur un fonds spécialement disposé, qui ne sauraient éclore, tels qu'ils sont, sur un terrain qui n'a pas été préalablement préparé par l'alcool, mais qui peuvent naître en dehors de sa coopération directe; ce ne sont pas des symptômes d'alcoolisme aigu, comme on les a très imparfaitement dénommés : ce sont des épiphénomènes de l'alcoolisme chronique, et ils constitueront, sous le nom d'alcoolisme psychique, la troisième partie de notre travail.

Ces trois parties seront précédées de considérations générales sur l'action physiologique de l'alcool, les transformations qu'il subit dans l'organisme et la nature de son action. L'étude de l'alcoolisme héréditaire, de la dipsomanie et de quelques questions accessoires, terminera notre travail.

Avant d'entrer en matière, nous ne pouvons nous défendre d'un certain sentiment de méfiance de nous-même, tant est grande la difficulté de l'œuvre que nous entreprenons. Malgré les nombreux et importants travaux qui, depuis plus de trente ans, ont été publiés sur l'alcoolisme, peut-être même à cause d'eux, la question de l'alcool, tant dans ses manifestations physiologiques que dans ses expressions pathologiques, offre encore de trop nombreuses obscurités, et les matériaux trop souvent incomplets ou défectueux que nous offre la science sont loin de suffire à l'édification d'une pathologie définitive.

Si encore la science était seule en jeu; mais l'alcoolisme a franchi les limites de l'hôpital comme celles du laboratoire de chimie et de physiologie : les questions sociales, les vues personnelles et des préoccupations, parfois tout

autres que celles de la science pure, semblent vouloir dominer les recherches et les travaux dans le vaste domaine des désordres alcooliques. L'alcoolisme est devenu une plaie sociale à guérir, un vice général à réformer, bien plus qu'une étude morbide à faire; et ces préoccupations, qui se sont fait jour jusque dans le laboratoire du savant et dans le cabinet du médecin légiste, se reflètent malgré eux dans tous leurs travaux. L'alcoolisme constitue aujourd'hui une calamité tellement funeste et hideuse que dans un but philantropique, louable peut-être, beaucoup de médecins ont, malgré eux, enlevé à l'alcool le peu de propriétés favorables qu'il posséde, en le chargeant de tous les inconvénients qu'il n'a pas. Cette tendance perce dans nombre d'écrits, et il est quelquefois difficile de ne pas s'y laisser entraîner soi-même.

Dans l'état d'incertitude où se trouve aujourd'hui encore plus d'un point de l'alcoolisme, il est préférable de suspendre son jugement sur la question, plutôt que d'introduire dans la science des données fausses ou tout au moins inexactes.

CHAPITRE Ier.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'ALCOOL.

1° DE L'ALCOOL ET DES LIQUIDES ALCOOLIQUES.

L'alcool est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'en décrire ici les propriétés physiques. Il n'est cependant pas inutile de rappeler qu'il existe de nombreuses espèces d'alcool dont le type est l'alcool éthylique, qui constitue

l'élément principal de l'eau-de-vie de vin ; c'est l'alcool vinique, celui qui est sensé former la base des différentes eaux-de-vie et, par conséquent, celui auquel s'applique tout ce qui a rapport à l'alcoolisme.

Malheureusement, par suite de la production excessivement variée des eaux-de-vie à laquelle servent aujourd'hui les matières les plus disparates, l'alcool éthylique devient de plus en plus rare, et se trouve remplacé dans la plupart des liquides alcooliques par des alcools plus haut placés dans la série atomique, tels que l'alcool propylique, l'alcool butylique, l'alcool amylique.

D'après des expériences faites par divers auteurs français, ces alcools paraissent jouir de propriétés toxiques beaucoup plus prononcées, et l'on a même été jusqu'à prétendre que c'est à eux seuls qu'étaient dus les funestes effets de l'alcoolisme ; car il ne faut pas oublier qu'il est rare de trouver aujourd'hui une eau-de-vie du commerce qui n'en contienne en quantité plus ou moins considérable.

C'est à ce point de vue que nous croyons utile de donner un léger aperçu de leur composition.

Eaux-de-vie. — *Eau-de-vie de marcs de raisin.* — Elle s'obtient par la distillation des résidus de la fabrication du vin, contient une huile essentielle hydrogénée, appelée huile de raisin et, en fait d'alcool, renferme de l'alcool œnanthylique, de l'alcool caprylique et caproïque, enfin de l'alcool amylique et propylique.

Eau-de-vie de cidre ou de poirée. — Elle provient de la distillation du cidre ou de la poirée. On y trouve, en outre de l'alcool éthylique, une certaine quantité d'alcool propylique, butylique et amylique.

Eau-de-vie de grains. — Communément appelée genièvre,

schiedam, whysky, elle est le produit de la fermentation du grain. Les premières distillations donnent un liquide très impur appelé flegmes; les flegmes soumis à de nouvelles distillations livrent encore un alcool assez impur renfermant, en proportion variable, des alcools propylique, butylique et amylique ainsi que les éthers et les acides de ces alcools; de plus, on y trouve de l'éther œnanthique, des acides œnanthique, caprylique, caprique.

Eau-de-vie de pommes de terre. — Les flegmes de pommes de terre sont très impurs et contiennent des alcools butylique, amylique et d'autres alcools plus hydro-carburés, des acides gras et volatils et des produits huileux qui leur donnent une odeur et un goût très désagréables. Cette huile essentielle, connue en Allemagne sous le nom de *Füsel Oel*, constitue un poison violent. De toutes les eaux-de-vie, celles de pommes de terre sont les plus nuisibles à la santé.

Eau-de-vie de betteraves, de mélasse. — Produit de la fermentation de la mélasse de betteraves, cette eau-de-vie renferme, en outre de l'alcool propylique, butylique et amylique, des acides gras libres, pélargonique, caprylique, caprique et les éthers correspondants. Le rhum, le tafia, l'arak sont des alcools de mélasse de cannes à sucre.

Boissons alcooliques. — *Vin.* — On y trouve encore des traces d'aldéhyde et d'acide acétique, ainsi que certains éthers, notamment l'éther acétique et butyrique et l'éther œnanthique.

Bière. — L'alcool que renferme la bière est de même de l'alcool éthylique. La quantité en est aussi variable que dans les vins; on y trouve, outre la dextrine et le sucre de fruits, quelques matières albumineuses, des acides lactique et acétique, de l'essence de houblon, de la résine de houblon et de la lupuline.

Koumis. — Le lait de certaines juments des Kirghiz, très riche en sucre, donne par fermentation une liqueur alcoolique enivrante, d'une couleur blanchâtre, dont ces populations usent comme nous le faisons de la bière. Cette liqueur contient, en dehors des éléments du lait, 1 à 2 % d'alcool.

2° ACTION PHYSIOLOGIQUE EN GÉNÉRAL.

L'action physiologique et surtout pathogénique de l'alcool est encore, malgré les nombreuses et minutieuses études dont elle a été l'objet, une des parties les plus obscures de son histoire ; les expériences, que ces dernières années ont vu se multiplier, ont peut-être plus contribué à obscurcir le mode d'action intime de cet agent, qu'elles n'ont aidé à en élucider la pathogénie. D'une science d'observation qui n'est pas encore mûre l'on semble vouloir tirer des conclusions prématurées, et l'on fait servir à l'édification de théories, dès lors incomplètes ou fausses, des faits non encore définitivement acquis; il en résulte que, non seulement ces théories sont hasardées et incohérentes, mais que les faits eux-mêmes, observés dans des conditions mauvaises ou incomplètes, sont trop souvent contradictoires.

La science ne nous semble avoir rien à gagner à des généralisations trop précoces et surtout faites avant que la base de la généralisation soit unanimement admise et sérieusement prouvée; aussi, serons-nous sobre de théories qui, dans ce cas, ne sont que trop souvent synonymes d'hypothèses, et ferons-nous plutôt ressortir l'insuffisance de la science que de nous livrer à de nouvelles spéculations.

A. Chimie et physiologie pathologique de l'alcool.

Les divers trajets que suit l'alcool dans son parcours à travers l'économie humaine, ainsi que les différentes transformations qu'il y subit, les organes où il séjourne de préférence et les voies par où il s'élimine feront le sujet de ce chapitre.

Voies et mode d'introduction de l'alcool. — L'absorption de l'alcool est en général très rapide, et c'est bien peu de temps après qu'il a été mis en contact avec l'une ou l'autre des surfaces absorbantes, qu'on le voit apparaître dans le torrent circulatoire. D'après Dogiel, il suffit d'une minute et demie pour en constater la présence dans le sang ou dans les divers organes de l'économie (1).

L'absorption par l'intermédiaire de l'enveloppe cutanée n'est pas encore absolument démontrée, bien qu'elle ait été admise, et, si des ivresses ont pu être réellement constatées à la suite d'applications de larges compresses imbibées d'eau-de-vie, il est probable que l'absorption pulmonaire, mise en activité par la vaporisation de l'alcool, n'aura pas été sans influence sur le résultat produit.

La faculté absorbante du derme dénudé et des différentes plaies semble plus réelle, et aujourd'hui que les pansements à l'alcool sont si fréquents, les chirurgiens ont rapporté des cas d'ivresse consécutive bien manifeste. Il est toutefois prudent de ne pas négliger la possibilité de supercheries dont les plus méfiants ne sont pas toujours à l'abri.

L'introduction par la voie pulmonaire est plus générale-

(1) H. Schulinus. *Untersuchungen ueber die Vertheilung des Weingeistes.* (Archiv für Heilkunde ; VII, 1866, p. 97.)

ment admise, et elle peut se faire sous forme de vapeur : tel est le cas des ouvriers qui transvasent le vin ou de ceux qui travaillent l'alcool. Orfila a empoisonné des chiens en leur faisant inspirer de l'air chargé de vapeurs alcooliques. L'absorption par la muqueuse des poumons se fait, du reste, facilement, même avec de l'alcool à l'état liquide; c'est ainsi que l'injection d'une certaine quantité de poison dans les bronches de chiens a été rapidement suivie d'ivresse.

Les séreuses peuvent faire le même office, et des injections d'alcool dans le péritoine ou les plèvres ont produit des effets généraux pareils à ceux qui suivent son introduction gastrique.

L'absorption par injection sous le derme est aussi énergique que rapide; mais c'est la muqueuse gastrique et intestinale qui, dans les conditions de la vie usuelle, forme la voie principale d'introduction des liquides alcooliques dans l'organisme; les veines et, peut-être dans une limite fort restreinte, les chylifères se chargent de cette fonction.

Une fois pénétré dans l'organisme, l'alcool éprouve une véritable affinité pour certains organes qui s'en emparent avec tant d'avidité qu'on n'en trouve plus que quelques traces dans le sang; c'est seulement quand tous les organes sont saturés d'alcool et que de nouvelles doses continuent à être fournies par l'absorption, c'est-à-dire dans les périodes ultimes de l'empoisonnement, que la richesse du sang en alcool subit de l'augmentation.

C'est vers le cerveau que, dès le début, l'alcool se porte avec le plus d'activité; c'est dans son parenchyme qu'on en trouvera les quantités les plus considérables. Pour les autres organes, l'on n'est généralement pas d'accord sur la priorité à accorder à l'un plutôt qu'à l'autre; tandis que

Schulinus cite d'abord les muscles, les poumons et les reins comme se chargeant d'alcool avec une prédilection particulière et pense que le foie ne viendrait qu'en dernier lieu, Lallemand et Perrin rangent au contraire le foie sur le même rang que le cerveau pour son affinité alcoolique, et ils signalent cette particularité : que le foie absorbe le premier l'alcool introduit dans l'économie par l'estomac, tandis que c'est le cerveau qui s'en empare immédiatement, quand le liquide pénètre dans le sang par injection veineuse.

Citons cependant, comme correctif à ces différentes manières de voir, l'opinion de Baer, qui rejette absolument cette affinité élective de l'alcool pour certains organes et affirme que le liquide alcoolique se disperse d'une façon uniforme à travers toute la masse sanguine et, par conséquent, à travers tout l'organisme; s'il arrive qu'on en rencontre plus dans tel organe que dans tel autre, c'est que cet organe renferme plus de sang.

Quoi qu'il en soit et quels que soient les organes où l'alcool se loge de préférence, l'expérience ne parvient jamais à déceler qu'une bien faible quantité de celui qui a été ingéré.

Voies et mode d'élimination. — Il serait assez difficile de déterminer la durée du séjour de l'alcool dans l'organisme; ce temps dépend, du reste, d'une foule de circonstances tant internes qu'externes, parmi lesquelles il convient de citer l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac, la température ambiante, l'exercice ou le repos du corps, etc., etc. L'élimination de l'alcool est, en général, assez rapide : elle commence peu après l'ingestion, et, selon Schulinus et Buchheim, un quart au moins et probablement une bien plus

grande partie a disparu de l'organisme, deux à trois heures après le début de son usage. Cependant Parkes et Wollowicz ont encore retrouvé, cinq jours après l'absorption d'une forte quantité d'alcool, des traces de cette substance dans l'urine, bien que l'élimination pulmonaire eût absolument cessé.

Les voies d'élimination les plus ordinaires de l'alcool sont les reins, les poumons, la peau; on en retrouve aussi dans d'autres sécrétions, notamment la sécrétion biliaire, la salive, le lait. D'après Lallemand et Perrin, les poumons éliminent l'alcool pendant huit heures, les reins pendant quatorze heures, et cette élimination diminue progressivement en quantité, à mesure que l'on s'éloigne du moment de l'ingestion. Voigt et Subbotin admettent que, cinq heures après l'absorption du liquide alcoolique, 2 % de la quantité ingérée ont abandonné l'organisme à travers les reins, 5 % à travers les poumons et la peau, 7 % à travers les poumons et les reins; ce qui fait, d'après un simple calcul, qu'une quantité à peu près nulle est éliminée par la peau, et que la quantité relativement la plus grande est rejetée par les poumons; en vingt-quatre heures, 16 % de l'alcool ingéré aurait abandonné l'organisme par l'organe respiratoire. D'après Binz et Heubach, ces nombres sont exagérés, surtout ceux qui se rapportent à l'élimination par les poumons : la quantité expirée dans les cinq premières heures ne serait pas même appréciable.

Il résulte de toutes ces contradictions que la question n'est pas mûre et que des expériences complémentaires sont indispensables pour donner aux faits actuellement acquis une valeur réelle.

Transformations chimiques de l'alcool. — Les modifications

que subit l'alcool au sein de l'organisme, pendant tout le temps qu'il y séjourne, ont été l'objet de nombreuses études qui ont parfois passionné leurs auteurs, mais dont les résultats n'ont pas toujours été en rapport avec les travaux qu'elles ont nécessités.

Il nous semble inutile d'insister longuement sur l'historique de la question ; qu'il nous suffise de rappeler que Liebig, un des premiers, établit la théorie de l'oxydation de l'alcool qui, pénétré en nature au sein de l'organisme, y subit une destruction complète dont les produits sont rejetés par les divers émonctoires, sous forme d'eau et d'acide carbonique. Duchek, examinant de plus près la transformation admise par Liebig, détermina la série successive des décompositions qui font passer l'alcool à l'état d'aldéhyde d'abord, d'acide acétique, d'acide oxalique ensuite, et finalement d'acide carbonique et d'eau. Seulement, à part de rares auteurs, personne n'était jamais parvenu à démontrer l'existence dans le sang d'aucun de ces différents produits que la théorie semblait y indiquer.

Les études de Lallemand, Perrin et Duroy vinrent opérer une véritable révolution dans le domaine de nos connaissances relatives à la chimie physiologique de l'alcool. Ces auteurs démontrèrent, tant par des expériences directes que par des expériences contradictoires, que l'alcool ne subit dans le sang aucune des transformations admises jusqu'alors ; qu'il séjourne indécomposé dans nos tissus, dont il s'élimine en nature par les multiples émonctoires de l'économie. La présence de l'alcool fut expérimentalement constatée tant dans le sang que dans les divers organes et sécrétions ; on ne put, en revanche, y démontrer l'existence d'aucun composé intermédiaire, quelle qu'en fût la nature,

et l'aldéhyde introduit dans le torrent circulatoire ne donna lieu à aucun produit de décomposition. La réaction fut complète.

D'aliment hydrocarboné, respiratoire qu'il avait été jusqu'alors, l'alcool devient un véritable poison, ou tout au moins, un simple agent thérapeutique, pouvant tout au plus répondre à certaines indications nutritives.

La première période d'engouement passée, de nouvelles expériences, des observations, le raisonnement même ne tardèrent pas à modifier et à adoucir ce que l'une et l'autre de ces théories avaient d'excessif.

Si Lallemand, Perrin et Duroy ont rendu un service réel en démontrant matériellement l'existence de l'alcool dans le sang et les divers organes, ils n'ont cependant pu en retirer qu'une si faible quantité, eu égard à celle qui y avait été introduite, que leurs études laisseront toujours un doute sérieux sur l'exactitude des conclusions trop exclusives qu'ils en ont déduites.

Du reste, ce n'est pas la quantité d'alcool dont on constate la présence au sein de l'organisme qui prouve que cet agent n'y subit aucune espèce de transformation, cet alcool pouvant parfaitement bien se décomposer ultérieurement encore; car il est évident que la destruction est non pas instantanée, mais lente et insensible. Ce n'est donc que la quantité éliminée de l'organisme qui vient réellement à l'appui de la théorie des auteurs français; or, en faisant bien large la part des déchets éprouvés pendant les opérations, l'on doit encore se demander si les minces résultats des expériences justifient bien complètement des conclusions aussi catégoriques.

Il suffit de jeter les yeux sur le tableau suivant qui résume

les travaux de Lallemand et de Perrin pour se convaincre de la légitimité de ces défiances (1).

	Alcool ingéré.	Alcool recueilli.
1re expérience	120	0
2e —	50	2 cent. cubes.
3e —	185	2
4e —	15	traces.
5e —	10	traces.

Une question aussi grave ne saurait être définitivement résolue en présence de faits aussi peu concluants.

Dans vingt-deux expériences personnelles, Baudot ne trouva que deux fois une quantité appréciable d'alcool et vingt fois de simples traces. Binz et Schmidt, chez un individu qui en avait absorbé 50 cent. cubes, ne parvinrent pas à constater la moindre élimination en nature (Nothnagel et Rossbach.) Schulinus (2), dans des expériences soigneusement instituées et exécutées, combat absolument les travaux de Lallemand et arrive à cette conclusion que, relativement aux doses ingérées, la quantité d'alcool éliminée, quelques heures après l'absorption, est absolument insignifiante.

Du reste, il n'est pas sans intérêt de noter ici le résultat des recherches de Rajewski et de Hopp Seiler, qui ont trouvé, dans des organes parfaitement à l'état normal (cerveau, foie, moelle) chez des animaux qui n'avaient pas reçu la moindre trace d'alcool, soit certains éléments qui donnaient de l'alcool par distillation dans l'appareil le plus

(1) BAUDOT (*Union médicale*, 1865; 4e trimestre, p. 275.)
(2) *Ueber de Wirkung des Alkools*, in *Archiv der Heilkunde*, 1856.

exactement clos, soit même de faibles quantités d'alcool tout formé (1).

D'un autre côté, malgré des démonstrations isolées, la présence de produits de décomposition intermédiaire ne peut encore être considérée que comme absolument hypothétique ; et si réellement le processus oxydatif de l'alcool donnait lieu à un dégagement final d'acide carbonique, la quantité de celui-ci et la température du corps qui lui est corrélative devraient être notablement accrues ; or, c'est le contraire de ce que prouve l'expérience.

Il est vrai qu'à ce dernier argument l'on peut facilement objecter que la portion d'oxygène qui sert à brûler l'alcool, ne brûle pas une portion correspondante de matière protéique et qu'il n'en résulte qu'un simple déplacement d'effets. Resterait pourtant encore à expliquer la diminution de production de l'acide carbonique. La théorie de Duchek, qui prétend que l'alcool subit une première transformation en aldéhyde par la fixation de l'oxygène, lequel aldéhyde s'empare à son tour, avec énergie, d'une nouvelle quantité d'oxygène, expliquerait mieux la diminution de l'acide carbonique qui suit la première absorption d'alcool. Enfin, dans la production de la chaleur animale, interviennent tant de facteurs, qu'il serait difficile de conclure de sa diminution à une diminution absolument corrélative des processus nutritifs.

Nous pourrions notablement allonger cette discussion, mais les résultats n'en seraient ni plus précis ni plus concluants ; il est évident que la science renferme encore de nombreuses lacunes que les expériences de l'avenir combleront certainement, mais qu'il serait téméraire de vouloir

(1) Nothnagel et Rossbach. *Éléments de thérapeutique*, p. 320.

combler actuellement par des suppositions gratuites. Nous ne pourrons donc que nous rallier, avec Jaccoud (1), à l'opinion des auteurs allemands et anglais, qui admettent que, quand l'alcool est ingéré dans l'organisme à dose non toxique, une partie est plus ou moins rapidement éliminée en nature et sans éprouver aucune décomposition, par les divers émonctoires ; tandis qu'une autre partie subit certaines transformations encore peu connues et dont les produits ultimes sont l'eau et l'acide carbonique, ou plus exactement, que cette partie subit une décomposition complète dont les éléments échappent encore à la science. Il serait prématuré de vouloir fixer la valeur proportionnelle de ces deux quantités. Jaccoud croit la portion d'alcool éliminée en nature beaucoup inférieure à celle brûlée dans l'organisme. Baer, avec les auteurs anglais, suppose que, dès que l'oxydation ne suffit plus à débarrasser l'organisme de la quantité d'alcool qui y a été introduite, les émonctoires commencent leurs fonctions et éliminent le surplus. La portion d'alcool qui constitue la quantité que la vie peut normalement brûler est considérée par les anglais comme quantité physiologique. Elle est, du reste, fort sujette à varier et dépend surtout de la dose d'alcool ingéré. Quand celui-ci arrive en quantité massive dans le torrent circulatoire, une plus grande partie en est éliminée sans avoir subi la combustion respiratoire, que quand il n'y pénètre qu'à petite dose et progressivement, cas où la majeure partie est probablement détruite par les processus oxydatifs. Quoi qu'il en soit, il reste toujours acquis que l'alcool, en opposition avec nombre de poisons, ne fait qu'un séjour passager dans l'économie et, qu'un temps plus ou moins long après son

(1) Jaccoud. *Traité de pathologie interne*. Appendice, p. 360.

ingestion, temps qui varie en moyenne de 24 à 48 heures, il n'en reste plus de traces.

B. Action physiologique.

Nous n'étudierons ici que l'action physiologique proprement dite, réservant pour un chapitre spécial son action toxique, c'est-à-dire celle qui se produit à l'aide de doses excessives d'alcool très concentré et qui constitue un véritable empoisonnement, dans l'acception que l'on donne aujourd'hui à ce mot. Il ne sera question ici que de l'alcool assez dilué pour ne pas porter atteinte à l'intégrité des tissus, et en quantité trop petite pour occasionner des lésions rapidement mortelles.

Action locale. — L'alcool plus ou moins dilué n'a qu'une action locale assez insignifiante sur les tissus organiques; cette action dépend d'abord de sa facilité de s'évaporer rapidement, même à une basse température, ensuite de son avidité à s'emparer de l'eau, même de celle des tissus, puis de sa propriété de précipiter de leur dissolution toutes les substances albumineuses : les peptones, le mucus et la gélatine, enfin de son pouvoir dissolvant sur les graisses et de ses propriétés antifermentescibles.

S'il peut s'évaporer facilement, il fait naître sur la surface où on l'applique un fort abaissement de température, une sensation de froid; les vaisseaux cutanés se contractent et la peau pâlit notablement. Si l'on empêche l'évaporation en recouvrant d'un drap la partie baignée par l'alcool, il se produit, au contraire, une sensation de chaleur, de brûlure; la peau rougit, s'enflamme et l'épiderme se desquamme. Cette activité est le résultat de la dilatation des vaso-moteurs produite par l'irritation réflexe de l'alcool sur

les expansions nerveuses de la peau. Plongée dans l'alcool refroidi à 5°, la main n'éprouve aucune des sensations douloureuses que l'on constate quand la même opération se fait dans l'eau froide; et, s'il préexistait de la douleur, celle-ci disparaît; l'alcool agit donc localement comme anesthésique.

Les lotions faites sur la peau avec de l'alcool dilué empêcheraient la sécrétion de la sueur. Le fait mérite cependant confirmation.

Sur les muqueuses, l'alcool produit une sensation de brûlure, de cuisson assez vive, quand il est dilué à 25 °/₀; à 50 °/₀, il provoque une inflammation assez forte. Il enflamme la conjonctive. Sur les ulcérations et les plaies, il s'oppose, comme les acides salicylique et phénique, mais avec moins d'intensité, aux décompositions putrides; c'est un antiseptique : il tue les organismes inférieurs; il agit en même temps en excitant les plaies, provoque l'apparition de bourgeons charnus, amoindrit et améliore la suppuration.

Action générale. — Système digestif. — De petites quantités, quelques grammes d'un alcool de 30 à 60 °/₀ déterminent, au moment de la déglutition, une sensation de chaleur et de cuisson le long des muqueuses sur lesquelles elles passent; cette sensation est due, en partie, à une influence nerveuse locale, de nature particulière et inconnue; en partie, à une hyperémie réflexe. Chez les personnes peu habituées aux alcooliques, quelques vapeurs, formées rapidement dans l'arrière-bouche, produisent une contraction réflexe des organes glottiques et des étouffements consécutifs; la sécrétion de la salive et surtout du suc gastrique est considérablement augmentée. L'alcool est, de tous les excitants, celui dont l'action hypersécrétoire est la plus énergique; si Claude Bernard a abouti à des résultats opposés, c'est

que ses expériences ont été faites avec de l'alcool absolu, ce qui modifie évidemment les conditions. L'alcool semble, du reste, agir ici autant par son action excitante réflexe que par l'excitation directe qu'il produit localement, vu que quelques gouttes du liquide en question, versé sur la langue d'un chien muni d'une fistule gastrique, font aussitôt augmenter d'une façon manifeste la sécrétion du suc gastrique.

Comme conséquences, l'appétit se trouve augmenté; les digestions deviennent plus rapides et plus faciles; des quantités plus abondantes de nourriture sont supportées; les graisses surtout profitent de l'augmentation de la capacité digestive et de l'action dissolvante qui est spéciale à l'alcool pour elles; les mouvements péristaltiques s'accroissent et l'absorption des sucs nourriciers se trouve accélérée. C'est là un effet que chacun peut essayer sur lui-même et dont le résultat favorable ne saurait être nié (1). Si la dose d'alcool augmente et si son action se prolonge, une certaine partie subit dans l'estomac la fermentation acétique, et l'acide qui en résulte produit cette acescence si pénétrante et si désagréable qui caractérise les éructations et les vomissements, après l'ingestion des boissons alcooliques. En même temps survient une hyperémie morbide, qui ne tarde pas à s'étendre au foie; la digestion se dérange, l'appétit se perd, la diarrhée s'établit, une teinte ictérique apparaît : c'est l'embarras gastrique des buveurs.

Si l'alcool est plus concentré encore, s'il est pris à plus haute dose, les résultats pourront notablement varier. Nous examinerons plus loin l'action de l'alcool absolu; mais à concentration assez forte pour produire l'inflamma-

(1) Il est bien entendu que ces phénomènes ne se produisent que chez les personnes qui ne sont absolument pas habituées aux alcooliques. *(Note de l'auteur;* avril 1884.)

tion, sans toutefois être assez forte pour amener la destruction des tissus, l'alcool peut occasionner la plupart des phénomènes de la gastrite aiguë, qui est toutefois fort rare et qui se caractérise par une soif vive, bouche pâteuse, langue chargée, par des aigreurs, borborygmes, vomissements, coliques et par une diarrhée bilieuse. C'est la gastro-entérite alcoolique. Enfin, l'action peut se porter plus directement sur le foie, qui devient alors le siège de douleurs parfois violentes, se congestionne et donne lieu à un ictère plus ou moins intense.

Système circulatoire. — De tous les systèmes, c'est peut-être celui de la circulation qui est le moins influencé par l'alcool; c'est, en tous cas, un de ceux qui réagissent le plus capricieusement sous son influence, suivant une foule de circonstances générales ou individuelles dont il n'est pas toujours possible de déterminer la valeur exacte.

Toutefois, un fait qui résulte de l'expérience journalière, c'est que l'alcool excite les battements du cœur, accélère le pouls, rougit la face, en un mot, active la circulation en général : c'est la première impression du buveur, et elle n'est que trop souvent exacte.

S'il est vrai qu'à dose très modérée l'alcool n'a aucune influence appréciable sur l'activité cardiaque, il est cependant prouvé aujourd'hui, que dès que ces doses s'accentuent quelque peu, elles augmentent la rapidité et la force des battements du cœur, c'est-à-dire que l'activité cardiaque est accrue; que la fréquence du pouls augmente; que la tension artérielle et la pression sanguine diminuent. Ces faits ont été mis hors de doute par Wollowicz (1) et Marvaud (2).

(1) *Experiments in the effects of the alcohol (ethyl alcohol), on the human body* (Proceedings of the Royal Society, 1870).

(2) *L'alcool; son action physiologique*, 1872; p. 50 à 52.

Le premier auteur, en soumettant un jeune homme, par périodes fixes et égales, à un régime alternativement aqueux, alcoolique et *brandique*, tout en conservant une diététique uniforme, a constaté que : en 24 heures de la période aqueuse, il y avait 106,000 pulsations, en 24 heures de la période alcoolique, il y avait 127,000 pulsations, c'est-à-dire 21,000 en plus, et en 24 heures de la période *brandique*, il y avait 131,000, c'est-à-dire 25,000 en plus.

D'après Parkes, la fréquence des pulsations peut s'élever de 5 à 10 par minute, et au-delà, dans les cas de suractivité musculaire. Si, dans les mêmes conditions, certains auteurs ont noté une diminution dans la fréquence du pouls, c'est qu'il n'ont pas eu égard à la dose d'alcool employée, ni surtout à la nature du liquide alcoolique, qui est loin d'être toujours le même. Les tracés que Marvaud a obtenus par le sphymographe indiquent parfaitement la diminution de la tension artérielle, et Zimmerberg (1) a reconnu, à l'aide d'une espèce d'hématodynamomètre, la diminution évidente de la pression sanguine, tant à la suite de l'usage des alcooliques qu'à la suite de l'injection d'alcool dans les veines. Cependant Nothnagel et Rossbach (2) admettent que, en même temps que le pouls s'accélère, il devient plus fort; que la pression sanguine augmente, phénomènes qui se manifestent chez l'homme par la coloration du visage, le brillant des yeux, l'exagération de la chaleur cutanée.

Quoi qu'il en soit de ces divergences, une fois que les doses d'alcool augmentent, leur action sur le système circulatoire semble s'uniformiser : les contractions du cœur

(1) *Recherches relatives à l'influence de l'alcool sur l'activité cardiaque* (in *Archives générales de médecine*, 6e sér., t. 18).
(2) *Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique*, p. 327.

diminuent souvent de 1/20, le pouls faiblit, la pression sanguine s'abaisse de 1/6, la tension artérielle s'amoindrit notablement. Ces données ont trouvé tous les auteurs d'accord, et l'on peut en inférer, en forme de conclusion, que si, à dose modérée, l'alcool excite la circulation, à dose élevée, il la modère, affaiblit les contractions cardiaques et diminue la pression sanguine.

Le mécanisme de cette action doit être double et résider, en partie, dans la stimulation directe qu'exerce le liquide alcoolique sur l'appareil nerveux musculo-moteur du cœur, en partie, dans l'excitation réflexe du nerf pneumo-gastrique abdominal et l'excitation directe du centre pneumogastrique du cerveau.

L'influence de l'alcool sur la circulation locale et, par conséquent, sur les vaso-moteurs est assez incertaine ; la circulation cérébrale a été presque seule étudiée à ce point de vue et, comme nous le verrons en parlant de l'ivresse, pendant le stade d'excitation, c'est l'hyperémie sanguine, pendant le stade de dépression, c'est l'anémie qui a été constatée par Claude Bernard (1). Neuman (2) a trouvé, à la suite d'injections alcooliques, les vaisseaux du cerveau fortement dilatés pendant l'excitation et contractés pendant la dépression. Sanson a constaté expérimentalement les effets des différents agents anesthésiques, entre autres de l'alcool, sur une patte de grenouille. Or, l'alcool, comme les autres anesthésiques, produisit constamment au début un accroissement de l'afflux sanguin ; plus tard, survint une stase, et finalement, au moment de l'anesthésie, une ischémie complète.

(1) *Revue des cours scientifiques*, 1869, p. 534 et MARVAUD, *loc. cit.*
(2) NEUMAN. *Uber die Pachymeningitis bei Alkool Vergiftung.* Königsberg, 1869.

Il est donc probable que l'un des premiers effets de l'alcool consiste dans une excitation de la circulation et un afflux sanguin plus considérable, effet qui pourra être unique, si la dose est peu considérable et si l'on en supprime rapidement l'administration. Plus tard, au contraire, si la quantité d'alcool est plus abondante, il produira un ralentissement, un affaiblissement de la circulation (1).

L'influence de l'alcool sur le système capillaire, influence très importante cependant, est loin d'être encore suffisamment élucidée. Quelle est-elle d'abord? Est-elle directe ou réflexe, et, dans ce cas, s'opère-t-elle par l'intermédiaire du sympathique ou du système nerveux de la vie de relation?

Toutes questions auxquelles il serait fort difficile de répondre d'une façon catégorique. Si l'on en juge par les lésions vasculaires que l'on rencontre tant dans l'alcoolisme aigu que dans l'alcoolisme chronique, la dilatation est le phénomène principal de l'action de l'alcool, car on la retrouve dans toutes les altérations anatomiques et nulle part on ne constate ces états d'anémie que les expérimentateurs ont cependant observés dans la circulation chez les sujets alcoolisés. Il est généralement admis aujourd'hui que cette dilatation ne se produit que par suite de la paralysie des nerfs vaso-constricteurs.

Calorification. — L'influence de l'alcool sur la température du corps humain est une des questions les plus importantes de la physiologie pathologique de cet agent; elle n'a été bien étudiée que dans ces derniers temps et n'est convenablement connue que depuis une dizaine d'années, pendant lesquelles il a été fait de nombreuses expériences,

(1) Godfrin. *De l'alcool; son action physiologique.* (Thèse 1869, p. 31.)

dont les plus importantes sont celles de Marvaud et d'Harrison Branthwaite (1).

Le premier auteur fournit le tableau suivant :

Jours.	TEMPÉRATURE CENTIG.			Ingestion d'eau-de-vie par petites quantité à 1 h.	TEMPÉRATURE CENTIG.			
	A jeûn, 7 h. du matin.	Pendant la digestion à 12 h.	A 2 h. du soir.		A 3 h. 15	A 3 h. 30	A 4 h.	A 5 h.
1er mai 1869	37	37.6	37	100	36.2	36.2	36.2	36.6
2 id.	37	37.5	37	50	36.4	36.2	36.8	37.2
3 id.	36.8	37.4	37	"	37.2	36.8	37	36.8
4 id.	37	38	36.6	150	36	36.2	35.4	37
5 id.	37	37.8	36.5	150	36.2	36	36.4	36.6

Les expériences de Branthwaite peuvent se résumer comme suit :

Nombre de personnes.	Quantité d'alcool éthylique prise par personne.	Nombre de degrés centig. d'accroissement de température.	Époque d'apparition, après l'ingestion de l'alcool.	Nombre de degrés centig. d'abaissement de température.	Époque d'apparition, après l'ingestion de l'alcool.	Durée de l'abaissement de température.
7	1 gr.	aucun	"	2.22	3/4 à 1 1/4 h.	30 min.
1	2 —	2.22	15 min.			
1	2 —	1.11	30 "	3.06	1 1/2 à 2 1/4 "	35 "
3	2 —	aucun	"			
1	4 —	2.22	"			
1	4 —	1.11	"	2.78	1 1/2 à 2 3/4 "	30 "
1	4 —	aucun	"			
2	6 —	1.11 à 1.67	"			
1	6 —	aucun	"	4.44	"	45 "
4	8 —	1.11 à 3.32	"			
3	8 —	aucun	"	3.89	1 1/2 à 2 1/4 "	30 "
1	12 —	1.11	15 "	0.56	3 "	"

Nous avons rapporté, à dessein, ces deux tableaux, qui, tout en démontrant d'une manière évidente l'abaissement

(1) In *Congrès international pour l'étude de l'alcoolisme*, tenu à Bruxelles en 1880, p. 39.

de la température, laisseront cependant des doutes sérieux sur l'exactitude des expériences et, par conséquent, sur la valeur conclusive que l'on peut en déduire. Quand on se rappelle combien il est parfois difficile d'obtenir artificiellement, soit par les bains, soit par la quinine, un abaissement quelque peu notable, on n'acceptera qu'avec réserve les données de Branthwaite, surtout si on les compare à celles de Marvaud, qui obtient tout au plus un degré, quand son collègue atteint jusqu'à 4,44!

Quoi qu'il en soit, il est aujourd'hui généralement accepté que la sensation de chaleur si accentuée, qui suit de près l'ingestion de l'alcool, est, en grande partie, locale, d'origine gastrique, selon toute apparence; qu'elle dépend de la légère suractivité circulatoire qui se produit à la surface tégumentaire, à la suite des premiers effets alcooliques, et qu'elle ne correspond qu'à une élévation bien minime de la température générale du corps. En effet, de petites quantités d'alcool, alors surtout qu'elles agissent sur des organismes non habitués à leur usage, produisent une augmentation de quelques dixièmes de degré de chaleur animale, et qui souvent alors, est déjà suivie d'un léger décroissement.

En général, l'administration de l'alcool à dose modérée amène invariablement, après une période très courte, passagère et parfois inappréciable d'échauffement, un abaissement de température qui peut varier de 0,05 à 1 degré. Quand la dose est assez massive pour amener des phénomènes d'intoxication grave, la chute du thermomètre est quelquefois excessive et peut aller jusqu'à 30, 26 et 24 degrés. Ces faits sont aujourd'hui trop bien prouvés pour que nous croyions devoir rapporter les expériences qui les justifient.

C'est chez l'homme bien portant et jouissant de tous les attributs de la santé parfaite que la diminution de la température est le moins sensible; mais cette diminution est d'autant plus prononcée que la chaleur du corps est plus vive; ce qui revient à dire que l'effet anticalorique se constate le mieux dans les états morbides hyperthermiques. L'alcool n'agit pas seulement en déprimant la température normale, mais encore en l'empêchant de s'élever, alors qu'une cause étrangère devait amener une suractivité calorifique.

La chute du thermomètre arrive d'ordinaire de 15 à 60 minutes après l'ingestion des alcooliques; elle persiste en moyenne une heure. Ces effets hypothermiques varient, du reste, suivant les conditions diverses dans lesquelles se trouve l'économie humaine au moment de l'influence alcoolique, et la digestion, l'exercice musculaire, le travail intellectuel ont leur part d'influence dans les résultats obtenus.

Les causes de l'abaissement de température que l'on observe ont été diversement interprétées : l'évaporation se trouve activée à la surface du corps, par suite de l'afflux et du passage d'une plus grande quantité de sang à travers les capillaires de la peau; la même cause exagère la déperdition de chaleur, par suite du rayonnement; mais l'origine réelle et prépondérante de la chute du calorique animal est toujours le ralentissement des oxydations et, par conséquent, des processus nutritifs qui se passent au sein de nos tissus (1).

(1) Nous avons exposé cette partie de l'action physiologique de l'alcool d'après les données généralement admises aujourd'hui. Cependant, les réserves que nous faisons au début semblent être confirmées par les expériences d'un médecin anglais, Bevan Lewis *(Action physiologique de l'alcool dans ses rapports avec la chaleur animale* — Mental

Respiration et production d'acide carbonique. — Au point de vue du mécanisme de la respiration, l'alcool, à dose modérée, commence par accélérer les mouvements respiratoires; les inspirations deviennent plus fréquentes tout en restant régulières; mais bientôt la respiration se ralentit, s'embarrasse, devient difficile, stertoreuse; les inspirations sont superficielles; le thorax n'y prend plus aucune part; presque exclusivement diaphragmatiques, elles sont souvent deux fois plus lentes qu'à l'état normal, éprouvent des suspensions et finissent bientôt par s'arrêter complètement.

Mais ce sont les processus chimiques de la respiration qui éprouvent, de la part des alcooliques, la plus remarquable influence. Invariablement leur usage, même à dose modérée, amène une diminution notable dans l'expiration de l'acide carbonique et l'inspiration de l'oxygène. Ce phénomène est constant et s'observe, quelle que soit la quantité prise et les conditions dans lesquelles se fait l'ingestion. D'ordinaire l'effet produit est plus marqué quand il est fait usage d'alcool à jeun et il diminue pendant l'opération de la digestion, bien que sa durée soit alors plus longue. Celle-ci est, en moyenne, de 5 heures, et l'action déprimante s'établit déjà un quart d'heure après l'ingestion de l'alcool.

Action sur le sang. — L'action produite par l'alcool sur le sang vivant est restée jusqu'à ce jour excessivement obscure; nous disons vivant, car ce n'est évidemment pas du

science; année 1880), qui établissent que de faibles doses d'alcool produisent d'abord un abaissement de la température du corps, abaissement très marqué pendant le premier quart d'heure; puis une augmentation prononcée de la formation de la chaleur proportionnelle à l'importance de la dose d'alcool administrée et ayant une durée d'autant plus longue que la quantité d'alcool a été plus considérable. Toutes ces contradictions prouvent que la question est loin d'être définitivement résolue. (*Note de l'auteur;* avril 1884.)

sang vivant que celui que le chimiste recueille dans le vase de ses expériences, et auquel il ajoute de l'alcool concentré ou dilué. Ce n'est là qu'un simple mélange, et les transformations qui s'y passent ne sont que de peu de valeur dans l'étude de la question qui nous occupe. Il est prouvé aujourd'hui qu'aucun des phénomènes ainsi produits n'a lieu quand la nature introduit elle-même le liquide alcoolique dans le torrent circulatoire. Comme le dit Boehm (1), le sang n'éprouve, dans ces conditions, absolument aucun changement appréciable à nos moyens d'investigation.

Le seul fait qui puisse être considéré comme une donnée de l'expérience, c'est que le sang des individus morts en état d'ivresse renferme souvent des globules graisseux qui nagent en abondance à la surface. La couleur noirâtre, qu'il prend sous l'influence de fortes doses d'alcool, est un caractère assez incertain, bien que Bouchardat et Rabuteau l'aient vu apparaître dans des conditions qui semblaient exclure les influences étrangères (2). On a conclu de ces expériences que l'alcool agissait directement sur les globules sanguins et en entravait le fonctionnement. Ces conclusions sont prématurées, et en tout cas non suffisamment justifiées. Bien d'autres hypothèses ont encore été émises; malheureusement leur nombre est d'ordinaire en raison directe de la pauvreté d'une science. Il semble inutile de les rapporter ici, car elles ne sauraient être d'aucune valeur dans l'étude de l'influence de l'alcool sur le sang.

Une dernière expérience, qui pourrait avoir beaucoup plus d'importance, a été faite par Sulzynski et Maryan (3).

(1) *Handbuch der Intoxicationen;* 1876, p. 82.
(2) Rabuteau. *Éléments de thérapeutique;* 1873, p. 144.
(3) *Ueber die Wirkung des Alkohols, Chloroform und Æther auf den thierischen Organismus.* Dorpat, 1876.

Mêlant immédiatement de l'alcool au sang fraîchement sorti des vaisseaux, ces expérimentateurs en retrouvent beaucoup moins par la distillation, que dans le cas où le sang a été mélangé, après un séjour d'une certaine durée hors de la veine, moins encore, dans le cas où il était saturé d'acide carbonique. Ils concluent de ce fait, ajouté aux autres résultats connus, que l'alcool subit partiellement une véritable destruction dans le sang, destruction en rapport avec la quantité d'oxygène libre dans les vaisseaux. Le reste s'accumule momentanément ou disparaît en nature, surtout par la peau, les poumons et les reins (1).

Appareil et sécrétion urinaires. — L'ingestion de l'alcool produit sur l'appareil rénal une action toujours certaine et identique : augmentation quantitative et modification qualitative de la sécrétion urinaire; sous l'influence du régime alcoolique, les urines deviennent plus abondantes et plus aqueuses; l'alcool doit donc être considéré comme un bon diurétique.

Mais la manifestation la plus importante est celle qui survient dans la constitution chimique du liquide excrémentitiel. Les nombreuses expériences faites par Rabuteau, Marvaud et Lehman (2) ont toutes prouvé que la quantité d'urée est toujours notablement diminuée, et des proportions normales de 1,28-30 elle tombe à 1,20-23. L'acide urique, de même que les autres éléments salins, suit une proportion décroissante qui n'est pourtant pas aussi considérable.

(1) Godfrin, *loc. cit.*, p. 35.

(2) *Physiologie der Nahrungsmittel* von Moleschott, p. 522. — Hammond, *Smits Jahrbucher*, 1857, n° 3. — Zuelzer. *Uber das Verhältniss der Phosphorsäure zum Stickstoff im Urin*, Virchows' *Archiv*, 1876. — *Struebing*, *Archiv für experiment. Pathologie und Pharmacologie*, 1876, p. 266, etc.

Cependant, en contradiction avec la plupart des autres expérimentateurs, Parkes, Wollowicz et Perrin (1) ont constaté, dans des expériences où le dosage fut pratiqué sur les urines de 24 heures, un léger accroissement d'urée, qu'il faut rapporter, non à l'augmentation réelle de celle-ci, mais à l'augmentation de la quantité d'urine elle-même. Il est bon de ne pas oublier que Perrin, au lieu d'alcool, s'est servi dans ses expériences de vin rouge, de vin blanc et de bière, liquides dont la composition très variée a pu notablement influencer le résultat des expériences.

La diminution de l'excrétion de l'acide phosphorique semble encore plus considérable que celle des matières azotées, et pendant le stade d'excitation elle dépasse celle de l'azote; elle est, au contraire, moindre pendant le stade de dépression; ce qui prouverait que la désassimilation cérébrale est moins considérable que la désassimilation musculaire, pendant la première, et plus considérable, pendant la seconde période de l'ivresse.

Les effets quantitatifs produits par l'alcool sur la sécrétion urinaire dépendent évidemment de son action excitante sur le parenchyme rénal; quant aux effets qualitatifs, ils ne sont qu'une suite de son action sur la nutrition intime.

Nutrition. — Échanges nutritifs. — Les deux traits caractéristiques de l'influence de l'alcool sur la nutrition du corps humain sont la diminution dans l'expiration de l'acide carbonique et l'abaissement dans l'excrétion de l'urée. Or, comme ces deux substances constituent le thermomètre des processus de nutrition qui s'accomplissent au sein de l'organisme, on en a conclu que la diminution des

(1) PERRIN. *De l'influence des boissons alcooliques, prises à doses modérées, sur la nutrition.* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*; 1864.)

déperditions organiques doit traduire un ralentissement correspondant dans les désassimilations nutritives. Ce ralentissement trouve une nouvelle preuve dans l'abaissement assez notable que produit l'alcool dans la température du corps humain. Ce dernier fait n'est qu'un corollaire du premier dont il semble démontrer la réalité.

Système nerveux. — L'action qu'exerce l'alcool sur le système nerveux est, de toutes celles qu'il manifeste sur les diverses parties de l'organisme, la plus difficile à bien déterminer et à bien caractériser. L'on s'est, en général, borné à décorer l'alcool du nom d'excitant du système nerveux, et en comparant son action aux anesthésiques, à décrire deux périodes, l'une d'excitation et l'autre de dépression. « Dans le stade d'excitation, dit Baer, toutes les fonctions, dépendant directement du système nerveux ou directement influencées par lui, sont plus ou moins exaltées (*erhoet*). » Dans le stade de dépression, ces mêmes fonctions sont de plus en plus affaiblies et finissent par être anéanties.

De ces deux périodes, c'est évidemment la dernière qui est la mieux caractérisée. Qu'à un certain moment, l'intelligence, la sensibilité et la motilité soient d'abord partiellement puis absolument abolies, cela ne fait de doute pour personne, et il semble inutile d'y insister : les caractères de ce collapsus sont trop bien établis pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter.

Mais les caractères de l'excitation sont-ils aussi évidents?

Nothnagel et Rossbach définissent l'action de l'alcool à cette période dans les termes suivants :

« Ingéré en quantité très modérée, l'alcool donne lieu, chez la plupart des individus, à un sentiment de gaieté, à une exaltation des forces intellectuelles et physiques, à un

besoin plus grand d'activité. Ces effets ne tardent pas à disparaître et ils ne sont pas suivis d'abattement. Si la quantité absorbée a été plus considérable, on voit la face et la conjonctive prendre une teinte plus rouge, les yeux deviennent brillants, ils ont une expression plus vive; la peau, surtout celle de la tête, devient plus chaude, le pouls plus fort et plus fréquent; excitation cérébrale, conception vive, rapide; besoin impérieux de parler; mouvements vifs; gestes expressifs; désir de chanter, de sauter; parole animée, bruyante. » C'est le tableau de l'exaltation.

Il y a évidemment là des phénomènes d'excitation cérébrale; mais excitation cérébrale n'est pas stimulation du système nerveux, et conclure de la première à la seconde, c'est tirer de prémisses exactes des conclusions erronées.

Ce n'est certes pas des phénomènes cérébraux produits par les premières doses d'alcool que l'on peut déduire son action stimulante sur le système nerveux; cependant celle-ci a été généralement admise par la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'action physiologique de l'alcool.

L'alcool est un stimulant qui provoque le développement d'un surcroît de force nerveuse, dit Baer; il compare son action « au coup de fouet qui stimule l'animal et lui fait porter une charge qu'il n'aurait pas portée sans cette stimulation. » Mais la conséquence de cette manière de voir, c'est que l'alcool épuise aussi rapidement qu'il stimule; entre lui et l'aliment, il y a cette différence que celui-ci stimule et nourrit, celui-là stimule et épuise et, à l'appui, Baer cite l'expérience suivante de Parkes : un soldat soumis à un excellent régime, absolument dépourvu de toute substance alcoolique, est chargé, pendant six jours, d'un travail mo-

déré. Pendant les trois jours suivants, repos; puis reprise du même travail, mais en ajoutant au régime antérieur 4 onces d'alcool, trois fois par jour; ensuite de chaque dose d'alcool, travail pendant deux heures.

Après la première prise d'alcool, le soldat semble s'acquitter de son travail avec plus de facilité; mais il travaille moins qu'on ne l'aurait cru. Après la deuxième dose, il éprouve de la chaleur et de la soif, mais il accomplit son travail pendant les deux premiers jours comme quand il était soumis à son régime de sobriété complète. Le troisième jour, il ressent des palpitations et doit se reposer fréquemment. Après la troisième dose, il se trouve indisposé et parvient à s'acquitter de moins en moins bien de sa besogne. A la fin de la deuxième journée, il était déjà très fatigué, et le troisième jour, au soir, il était tellement épuisé qu'il ne savait plus travailler (1).

Marvaud, de son côté, affirme que l'alcool exerce une action directe ou dynamique sur les éléments nerveux, action qui se traduit par la stimulation des fonctions intellectuelles, sensitives et motrices (2).

Lallemand et Perrin sont d'avis que l'alcool soutient les forces déprimées, par une excitation qui agit directement sur l'appareil nerveux. Absorbé et porté rapidement dans la matière nerveuse, il produit une stimulation générale, il réveille les forces et dissimule l'épuisement de l'organisme sous une apparence de réconfortation momentanée (3).

Cette action stimulante, dynamophore, comme on l'a encore appelée, nous paraît excessivement obscure, et il

(1) Baer, *loc. cit.*; note 21.
(2) Marvaud, *loc. cit.*, p. 90.
(3) Lallemand et Perrin, *loc. cit.*, p. 155.

nous serait fort difficile de la caractériser en termes quelque peu précis.

Remarquons d'abord, qu'elle est évidemment en contradiction, quoi qu'en ait pu dire Marvaud, avec l'action *antidéperditrice*, et qu'elle ne concorde pas toujours avec l'observation des faits pathologiques.

Qui dit stimulation générale des forces intellectuelles, sensitives et motrices, semble par cela même impliquer une suractivité du mouvement de la vie : or, celle-ci ne peut se produire sans une accélération de la vie cellulaire et, par conséquent, des processus d'oxydation. L'expérience prouve que dans la période d'excitation alcoolique ceux-ci diminuent. Comment concilier ces deux facteurs ? A moins que de prétendre que l'un d'eux l'emporte de beaucoup sur l'autre et que la vie organique, fortement déprimée et légèrement excitée, reste, en fin de compte, abaissée. D'un autre côté, dans les maladies graves accompagnées de dépérissement des forces, l'administration persistante de vin, en l'absence d'autres aliments, suffit pour conserver à l'organisme une certaine force de résistance. S'il y avait réellement stimulation de la part de l'alcool, c'est-à-dire accroissement des processus vitaux, l'usure et l'épuisement final, au lieu d'être retardés, devraient survenir plus rapidement; tandis que, encore une fois, c'est le contraire qui arrive.

Si maintenant l'on veut bien décomposer cette stimulation générale du système nerveux en ses divers éléments, sa réalité apparaîtra moins claire et moins évidente encore.

Le système nerveux se compose du système nerveux de la vie végétative et du système nerveux de la vie de relation, ce dernier comprenant la motilité, la sensibilité et l'intelligence.

Examinons séparément l'influence de l'excitation alcoolique sur chacun de ces facteurs, en commençant par le plus facile à apprécier, la motilité.

« Les mouvements deviennent plus nombreux, plus étendus, plus faciles : l'homme se sent un besoin plus grand de se mouvoir, de se déplacer ; il semble, en outre, éprouver plus de vigueur musculaire ; il se sent plus de force, plus d'énergie. »

Sont-ce bien là, les symptômes de l'excitation de la motilité? Sans entrer ici dans des détails physiologiques qui nous entraîneraient à des études que ne comporte pas ce travail, nous pourrons cependant dire que tous les agents qui sont reconnus pour avoir une influence directe sur les mouvements produisent de tout autres symptômes ; c'est ainsi que l'on remarque l'augmentation de l'excitabilité réflexe, des spasmes convulsifs, des spasmes tétaniques, des convulsions générales, etc., etc., phénomènes qui font complètement défaut dans la période d'excitation alcoolique et qui sont même tellement rares, qu'on en a nié la possibilité ; quant à l'augmentation du pouvoir réflexe, nous ne connaissons aucune expérience qui en établisse nettement l'existence.

Passons à la sensibilité générale. Que voit-on, de ce côté, dans l'excitation alcoolique au premier degré? Des phénomènes fort obscurs et peu définis. On dit bien que la sensibilité, relative au tact ou à la douleur, est exaltée, que le tégument cutané est plus sensible ; mais aucune observation exacte n'est encore venue nous donner le degré de cette hyperesthésie. Du reste, l'hyperesthésie en général est d'ordinaire accompagnée de phénomènes dysesthésiques, tels que fourmillements, picotements et autres sensations qui

font défaut dans la période d'excitation alcoolique. Du côté de la vue et de l'ouïe, c'est tout au plus si l'on peut noter une impressionnabilité plus grande que d'ordinaire à l'égard de ce qui agit sur les sens, et encore, ce symptôme pourrait-il aussi bien dépendre de la congestion des méninges qui accompagne l'action physiologique de l'alcool, que de l'agent alcoolique lui-même.

Reste l'intelligence, et c'est de ce côté que se manifeste réellement l'influence de l'alcool ; mais l'excitation que l'on observe peut-elle bien être considérée comme une augmentation de l'énergie intellectuelle dans le sens propre du mot, c'est-à-dire comme une suractivité du pouvoir pensant? Nous essayerons de prouver à l'article « ivresse » qu'il n'en est réellement pas ainsi. Qu'il nous suffise ici de dire que c'est beaucoup moins sur les facultés intellectuelles elles-mêmes que sur la sensibilité morale que l'alcool porte sa première influence.

C'est moins l'intelligence que le caractère et les dispositions morales qui sont modifiés, lors des premières perturbations occasionnées par l'alcool. C'est le *sensorium commune* qui est atteint, et ce sont les modifications ainsi produites qui gouvernent les diverses manifestations cérébrales fonctionnelles, sensitives ou motrices, que l'on rencontre dans la période dite d'excitation de l'ivresse.

Que devient, au milieu de cette diversité de manifestations, la stimulation alcoolique, cette stimulation que l'on croit capable d'infuser une énergie et une vigueur nouvelles au système nerveux?

Comme nous espérons le prouver dans la seconde partie de ce travail, elle n'est qu'un phénomène absolument factice, qui n'atteint que très indirectement le système nerveux

lui-même et qui n'a qu'une influence tout aussi indirecte sur la motilité, la sensibilité et l'intelligence proprement dite.

Nothnagel nous paraît avoir parfaitement déterminé la nature de cette excitation en écrivant que, dans la sphère de la vie matérielle, elle joue un rôle semblable à celui que remplissent, dans une sphère plus élevée, les impulsions morales vers l'amour, la gloire, la puissance. Sans augmenter la provision des forces existantes, ces impulsions en facilitent l'utilisation et l'emploi, et peuvent même exciter aux actions les plus héroïques. Un exemple fera peut-être mieux saisir notre pensée : supposons un homme harrassé de fatigue, épuisé par un long travail et pouvant à peine fournir un restant de force pour terminer sa besogne. Annoncez à cet homme une heureuse nouvelle, qui le transporte de joie, et de suite il se sentira réconforté et produira avec facilité la dose d'énergie nerveuse nécessaire à l'accomplissement de sa tâche. L'alcool aurait produit le même effet immédiat; et le résultat médiat des deux modificateurs sera identique, un épuisement consécutif plus prononcé. Le mécanisme est le même, c'est au moyen de l'excitation cérébrale que l'effet a été produit aussi bien par l'alcool que par la cause morale. Seulement dans l'action de l'alcool interviennent certains éléments adjuvants et l'excitation épuise moins vite, parce que l'alcool agit comme antidéperditeur sur la nutrition générale.

Cette manière de voir sera, du reste, développée au chapitre de l'ivresse. Nous répéterons ici que la stimulation du système nerveux ne nous paraît qu'une conséquence de l'excitation cérébrale, qui est seule primitive et dont la détermination complexe est peut-être difficile à bien établir.

Quoi qu'il en soit, il résulte de la discussion qui précède,

que la nature intime de l'action qu'exerce l'alcool sur l'ensemble du système nerveux, tant de la vie végétative que de la vie de relation, pendant la première période de son action, est encore fort insuffisamment connue et appréciée, et que de nouvelles recherches sont indispensables pour en établir définitivement l'essence.

C. Nature de l'action physiologique de l'alcool.

Dans les pages qui précèdent, nous avons résumé le plus fidèlement possible le mode d'action de l'alcool administré à dose plus ou moins élevée, mais encore physiologique, sur les différents systèmes de l'organisme humain. Nous avons cru superflu de rapporter au long toutes les expériences et de citer tous les auteurs qui les ont faites; ce travail eût inutilement allongé ce chapitre, sans en augmenter la valeur.

Si maintenant nous voulons déduire des conclusions pratiques de ces longs et consciencieux travaux, et si nous voulons rechercher quelle est l'action réelle de l'alcool sur l'économie humaine, nous ne pourrons que constater l'insuffisance de la science à nous donner actuellement la solution exacte du problème. Nous préférons cet aveu d'impuissance, qui amènera de nouvelles recherches et de nouvelles études, aux affirmations catégoriques et péremptoires qui cachent, sous des théories trompeuses, une insuffisance scientifique évidente. Tel nous paraît être le cas pour l'action physiologique de l'alcool. Ce n'est pas à dire que tout soit inconnu dans ce domaine spéculatif; on a seulement eu tort de vouloir trop uniformiser son action dynamique. Comme la plupart des autres agents de la thérapeutique, l'alcool n'a pas une influence simple, unique, que l'on pour-

rait désigner sous une seule dénomination, telle que excitant, paralysant, tétanique, narcotique, mais il se montre sous des aspects multiples qu'il convient de spécifier pour pouvoir mieux apprécier son action générale.

Une de ses propriétés les mieux prouvées et les plus apparentes réside dans son influence sur les sécrétions : l'alcool active l'action sécrétoire des diverses glandes et notamment des glandes salivaires, des glandes stomacales et des glandes rénales; cette stimulation n'est toutefois pas seulement et absolument directe, les réflexes y ont leur part comme le prouve l'observation que nous avons rapportée à propos de l'excitation stomacale à la suite de l'impression produite par l'alcool sur la langue. D'un autre côté, par suite de son élimination par les diverses sécrétions, il agit évidemment sur le tissu glandulaire et en augmente ainsi l'activité; les muqueuses stomacales participent largement à cette influence locale et réflexe, et l'on peut dire que l'alcool est, en même temps qu'un excellent excitant gastrique, un fort bon diurétique.

Que vaut son action excitante générale, c'est-à-dire celle qu'il exercerait sur le système circulatoire en l'accélérant et, par suite, en augmentant la production de chaleur? C'est la propriété du pauvre, celle qu'utilise ou que croit utiliser l'ouvrier en ingérant une goutte pour se réchauffer. Les détracteurs de l'alcool ne se sont pas fait faute de se prévaloir des nombreuses expériences qui établissent que l'alcool, loin d'exciter la circulation, la déprimerait, au contraire et diminuerait la température animale; mais ils ont oublié que la dose, qui produit cet effet, est une dose qui nuit, de même que celle qui produit l'ivresse.

Dans l'opium, ce n'est pas la quantité qui assomme, c'est

la quantité qui calme qu'il faut considérer : or, à dose faible, on ne saurait nier que l'alcool stimule légèrement le centre circulatoire, active la circulation périphérique, chasse le sang en plus grande abondance vers la peau et amène, par conséquent, une très légère augmentation de la chaleur animale. Que chez celui qui a abusé de l'alcool, cette action ne se produise plus, qu'elle donne même lieu à des phénomènes contraires, la chose est possible; mais elle n'infirme nullement l'effet primitif. Dans les expériences d'Harrisson Branthwaite, sur 19 personnes qui prirent de 1 à 6 drachmes (2 à 12 grammes d'alcool éthylique), l'on put constater, au thermomètre placé sous la langue, une augmentation de température variable de 1,11 à 3,32 chez 11 personnes sur 19 soumises à l'observation. Peut-on dire, dans ce cas, que l'alcool n'augmente jamais la température du corps?

La seule conclusion impartiale à tirer des expériences qui ont été instituées, c'est que le premier effet des doses modérées d'alcool est une légère stimulation du centre circulatoire avec augmentation passagère de la chaleur animale. Il est vrai que cette stimulation est de très courte durée, et ne tarde pas à faire place à des phénomènes de dépression vitale, si la dose alcoolique augmente; mais, si cette dernière dose est malfaisante, il ne s'en suit pas que la première le soit, et c'est exagérer à plaisir que d'englober dans une réprobation absolue toutes les propriétés de l'alcool, parce que certaines d'entre elles peuvent avoir des effets nuisibles. Nous plaçons cette légère stimulation circulatoire parmi les rares propriétés bienfaisantes de l'alcool, en y ajoutant son action excitante locale sur l'estomac, dont les effets réflexes contribuent, avec l'excitation céré-

brale, à produire cet état de bien-être général, cette sensation de force et de vigueur qui suit son usage modéré, et dont l'ensemble nous paraît constituer la prétendue stimulation du système nerveux.

Quoi qu'il en soit, ces premières manifestations alcooliques sont d'ordinaire passagères et cèdent bientôt le pas à un tout autre ordre de phénomènes, dont la nature est plus obscure et l'explication moins aisée. Nous voulons parler de l'influence de l'alcool sur la nutrition en général. Peu de phénomènes ont davantage excité la sagacité des physiologistes, et, malgré tant de science accumulée sur un si petit point, on peut dire que, en dehors de la constatation matérielle des faits, la chimie physiologique n'est pas encore parvenue à donner une notion incontestée de l'action de l'alcool sur la nutrition. Il ne sera pas bien difficile de le prouver.

D. De l'alcool comme aliment.

Nous ne nous demanderons pas si, oui ou non, l'alcool est un aliment; la définition de celui-ci n'est peut-être pas encore assez strictement établie, pour que la question ainsi posée ne nous entraîne à des distinctions subtiles qui n'auraient aucun résultat pratique. Nous demanderons plutôt quelle est l'action de l'alcool sur la nutrition? A la question ainsi comprise, il n'y a qu'à répondre par toutes les théories et hypothèses qui ont été émises jusqu'à ce jour. Mais, quant à donner, dans l'état actuel de la science, une opinion définitive, ce serait dépasser les limites des déductions légitimement autorisées.

Pour bien connaître le rôle que joue un agent dans la nutrition du corps humain, il serait essentiel de savoir, d'abord, ce que devient cet agent dans l'économie, surtout

quand il constitue un composé aussi complexe que l'alcool; l'on connaît les transformations qu'éprouvent et où vont séjourner le mercure, l'arsenic, le phosphore; mais on l'ignore complètement pour l'alcool. Une petite partie est éliminée en nature, le restant disparaît dans l'économie sans que, expérimentalement parlant, l'on sache absolument ce qu'il est devenu. Dujardin-Beaumetz a bien dernièrement rapporté au congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme (page 30), avoir constaté de l'aldéhyde dans le cerveau d'un individu mort par empoisonnement alcoolique; mais, comme l'eau-de-vie qui avait déterminé la mort, en contenait également, cette seule observation de quelque importance, perd toute la valeur qu'on pourrait vouloir lui attribuer. Ainsi donc, l'alcool, ingéré en assez grande quantité, disparaît dans l'organisme sans que l'on ait pu jusqu'à ce jour apporter un seul fait exact à l'appui de l'une ou de l'autre de ses transformations; mélangé au sang hors du torrent circulatoire, il disparaît d'une façon tout aussi mystérieuse, car on ne parvient plus à en retirer par la distillation qu'une faible partie de celui qu'on y a incorporé.

Comment devient-il, dès lors, possible d'émettre une opinion même approximative sur l'action intime d'un agent qui se cache si soigneusement aux investigations dont il est l'objet?

Il est vrai que l'on constate les effets; mais les mêmes effets sont souvent les produits des causes les plus disparates et les plus opposées. De combien de manières ne pourrait-on pas expliquer la diminution de l'acide carbonique d'abord? Si celui-ci résultait d'un agent indestructible, la chose serait moins aisée; mais un agent aussi facilement

décomposable que l'alcool ne peut-il agir de mille différentes manières sur l'élimination de ce gaz? La théorie de Duchek, qui exige l'absorption de l'oxygène pour les diverses transformations, explique déjà, en partie, la diminution de l'acide carbonique, par suite du manque d'oxygène qui brûle l'alcool au lieu de brûler les tissus. Pourquoi encore l'alcool ne serait-il pas, par la fixation de l'oxygène, transformé directement en ces globules graisseux que la plupart des auteurs ont vu apparaître dans le sang immédiatement après l'ingestion de ce liquide? « Nous croyons, dit Marvaud (page 77), d'après les recherches des chimistes que nous avons mentionnées plus haut, qu'une certaine quantité d'alcool peut se transformer en graisse, soit directement, soit après des altérations intermédiaires que les travaux de la chimie organique nous permettent d'entrevoir et même de comprendre, sinon de démontrer complètement aujourd'hui. » L'alcool partage cette propriété avec l'amidon et le sucre, dont la transformation graisseuse ne fait plus de doute maintenant, grâce aux habiles recherches de Dumas et Boussingault (1). Du reste, sans admettre que ce produit soit directement de la graisse, le sang et les organes ne contiennent-ils donc aucun de ces produits intermédiaires plus oxygénés que l'alcool, qui pourraient en dériver par la fixation de l'oxygène et expliquer ainsi la diminution de l'acide carbonique exhalé?

Qui nous prouve encore que, dans les nombreuses transformations dont nos organes sont le siège, le carbone de l'alcool ne soit pas fixé dans la trame de nos organes, dont il devient partie intégrante, et que l'hydrogène ne prenne à l'organisme la quantité d'oxygène nécessaire pour passer à

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XX, p. 1728.

l'état d'eau, et amène ainsi de nouveau une diminution indirecte de l'acide carbonique? Et pourquoi encore l'alcool lui-même ne fixerait-il pas une certaine quantité de ce gaz pour passer à l'état de composé utilisable dans le sein de l'organisme?

Nous ne voudrions pas prétendre que de telles hypothèses soient fort probables; mais encore faudrait-il prouver qu'elles sont réellement fausses.

Et ce n'est pas seulement par des théories vitalistes que l'on peut expliquer l'un des effets les plus constants de l'influence alcoolique; les théories mécaniques, comme on va le voir, ne sont pas moins ingénieuses ni peut-être mieux étayées de preuves. Il y a 25 ans que Brodie, d'Édimbourg, s'était élevé contre les idées de Liebig, considérant le corps humain comme capable de décomposer l'alcool qu'il reçoit et de faire bénéficier l'organisme des éléments dont il se compose. Dans un travail lu au dernier congrès de l'alcoolisme, il est revenu sur sa manière de voir, et, se fondant sur cette observation : que l'acide carbonique diminue dans l'expiration presque instantanément après l'absorption de l'alcool, il a admis que cette diminution provenait exclusivement des obstacles apportés mécaniquement par l'alcool à l'exhalation du gaz. « L'alcool ingéré passe de l'estomac dans le système de la veine-porte et, de là, dans la cavité droite du cœur, où il se rencontre avec du sang chargé d'acide carbonique. Lorsqu'il arrive à la muqueuse pulmonaire par suite de sa grande force élastique (4,50 à la température ordinaire), une certaine partie de l'alcool est exhalée. L'acide carbonique et l'alcool se disputent une issue à la surface de la muqueuse respiratoire. Par suite, une certaine quantité d'acide carbonique, remplacée dans

l'exhalation par de l'alcool, demeure dans le sang avec le restant de cet agent et passe dans la circulation générale (1). »

Il est vrai que la diminution de l'urée vient corroborer celle de l'acide carbonique. Mais il est évident que, si une partie de l'oxygène est distraite de sa destination et fixée par l'alcool, cet oxygène ne pourra plus servir à l'oxydation de nos tissus et les produits de la combustion organique, aussi bien l'acide carbonique que l'urée, diminueront.

Quant à la chaleur animale, comme nous l'avons déjà observé, elle est le résultat de facteurs trop variés et des conditions trop diverses influent sur sa production, pour qu'il soit possible de tirer de sa décroissance des conséquences absolument concluantes pour un fait unique.

Par le rapide examen critique qui précède, nous avons voulu simplement établir que les données expérimentales, relatives à l'action des alcooliques sur la nutrition, sont encore loin d'être suffisamment précises et suffisamment explicites, pour pouvoir admettre comme prouvées et définitives les diverses théories qui ont été émises sur l'action physiologique de l'alcool.

Quoi qu'il en soit, et sans affirmer que ce dernier soit un aliment ou un poison, puisque ces mots sont de nature à choquer ses partisans comme ses adversaires, disons que la plupart des auteurs ont conclu des effets qu'il exerce sur les phénomènes de la nutrition, que l'alcool n'agit pas comme agent respiratoire, vu que, à l'encontre des résultats que produisent les agents de cet ordre, augmentation de la chaleur animale et de l'acide carbonique, il amène, au contraire, une diminution de l'une et de l'autre.

(1) *Congrès international d'alcoolisme*, 2me session, 1880; p. 244.

La diminution de l'acide carbonique dans l'air expiré, la diminution de l'urée dans la sécrétion urinaire et l'abaissement corrélatif de la chaleur animale peuvent se traduire théoriquement par un ralentissement de la désassimilation dans nos tissus.

Ces phénomènes étant le résultat des oxydations qui se passent dans la trame intime de l'organisme, il paraît naturel d'admettre que, là où ils sont moins prononcés, les oxydations elles-mêmes doivent l'être aussi, et que, en conséquence, l'organisme s'use moins vite; or, là où il s'use moins vite, il a moins besoin de réparation et se soutient plus longtemps. La conclusion toute naturelle, c'est que l'alcool soutient l'organisme, non en le nourrissant, mais en l'empêchant de se dénourrir, et qu'il concourt à la nutrition, non en augmentant les recettes, mais en diminuant les dépenses. Les agents de cette catégorie ont été nommés antidéperditeurs, antidénourrissants ou agents d'épargne, et l'alcool a été considéré comme l'un des plus importants de cette série. Là est, d'après les théories actuellement en vogue, l'explication de l'une des principales propriétés de l'alcool, celle de soutenir et de réconforter.

Mais il est évident que l'on ne saurait considérer ce processus antidéperditeur comme un véritable processus nutritif : la vie ne s'entretenant que par suite des échanges nutritifs et du mouvement de composition et de décomposition de nos organes, il en résulte qu'un ralentissement de ce mouvement organique constitue un ralentissement dans la force de la vie; en outre, les matériaux qui ne sont pas brûlés par le pouvoir oxydant de l'organisme continuent à y séjourner, et, comme tous les composés résultant de l'usure de nos organes constituent des éléments nuisibles à

l'économie, il y a là une nouvelle cause de désordre. L'on voit donc que si l'alcool paraît soutenir les forces en empêchant momentanément le corps de perdre de sa substance, cette action n'est que passagère, et elle doit fatalement aboutir à un effet contraire qui est l'affaiblissement.

Du reste, l'action de ces agents antidéperditeurs ne nous paraît pas encore bien nettement prouvée, et nous nous sommes demandé plus d'une fois si elle ne repose pas sur un principe erroné. Le ralentissement des échanges organiques soutient-il bien l'organisme, comme le prétendent les défenseurs de la théorie des aliments d'épargne? Si l'on poussait cette théorie jusque dans ses dernières limites, l'on arriverait à dire que l'arrêt complet des oxydations constitue l'apparence de la santé parfaite. Nous nous plaisions à croire que ce sont les processus oxydatifs en eux-mêmes qui, par la production de force et de mouvement auxquels ils donnent lieu, constituent la vie; pourquoi alors, quand ces processus diminuent, peut-on dire que l'organisme continue à se soutenir comme auparavant?

En résumé, il semble établi aujourd'hui que la propriété fondamentale des alcooliques, celle qui soutient l'organisme, est due à leur qualité d'aliment d'épargne.

Une seconde propriété, que l'alcool ne possède que lorsqu'il est pris à petites doses non continues, résulte de son action stimulante sur le centre circulatoire et des conséquences qui en découlent.

Quant au système nerveux, c'est par l'excitation cérébrale à laquelle il donne lieu que se manifeste son influence stimulante sur ce système ; son action réelle directe est plutôt déprimante et narcotique.

Nous avons tenu à exposer l'action physiologique de l'al-

cool, non avec des idées préconçues, mais avec les données encore fort incomplètes de la science; nos conclusions manquent peut-être de précision; elles offrent encore ces lacunes, ce défaut de suite qui caractérise toute œuvre inachevée; mais la science n'est pas de l'imagination, et il est préférable de rapporter les faits, tout incomplets qu'ils soient, que d'en forcer les conséquences et de faire de la science de fantaisie.

CHAPITRE II.

DE L'IVRESSE.

Le cerveau, peut-être aussi la moelle épinière, sont de tous les organes de l'économie ceux qui éprouvent, de la part des liquides alcooliques, l'atteinte la plus rapide et la plus profonde. Des doses d'alcool dont l'influence se ferait à peine sentir sur d'autres viscères, produisent, du côté de l'encéphale, tout un complexus de phénomènes présentant une certaine individualisation et offrant une prédominance suffisante et tellement constante, qu'ils ont fini par former une véritable entité pathologique.

Cette entité, c'est l'ivresse.

L'ivresse n'est autre chose que l'alcoolisme cérébral ou plutôt cérébro-spinal aigu.

Si elle n'est pas exclusivement caractérisée par des phénomènes d'ordre nerveux, toujours est-il que ceux-ci prédominent au point d'absorber complètement toute la scène morbide et de rejeter sur l'arrière-plan les symptômes, du reste passagers, qui peuvent se produire du côté des autres organes.

Dans la grande histoire de l'alcoolisme, l'ivresse occupe

la première et non la moins importante place; elle a sa pathologie comme sa pathogénie; elle doit avoir sa médecine légale, peut-être la plus importante et la plus difficile.

Ces considérations nous permettent de consacrer à l'ivresse un chapitre particulier.

Mais l'ivresse ne se présente pas toujours dans des circonstances identiques. Survenant, tantôt, dans des conditions normales de tempérament et de constitution, elle offre un type toujours le même, un fonds toujours identique, malgré la variété des nuances qui peuvent en modifier la surface; tantôt, en dépit d'une origine commune et d'un mode de production uniforme, elle revêt des caractères si différents du type primitif, qu'il est difficile de lui assigner une même nature.

Deux subdivisions du chapitre traiteront séparément de l'histoire de chacune de ces formes, à savoir : l'ivresse normale et l'ivresse anormale ou pathologique.

1. IVRESSE NORMALE.

A. *Description.* — A dose massive, l'alcool produit des effets foudroyants ; à un usage modéré, correspond un sentiment de bien-être général, une plénitude, une vigueur qui se répandent aussi bien dans le domaine de la vie physique que dans celui de la vie intellectuelle et qui ne laissent à leur suite ni lassitude, ni abattement. C'est ce que l'on pourrait appeler la période prémonitoire de l'ivresse, celle que les Allemands ont désignée sous le nom de *Weinwarme Zustand.* C'est la seule que les partisans de l'alcool puissent invoquer en faveur d'un agent dont l'action favorable — si tant est qu'elle soit réelle — n'a malheureusement qu'une durée trop éphémère. Si des écrivains, des poètes, des artistes

sont redevables à cette stimulation artificielle, d'inspirations que ne leur eût pas fournies leur génie abandonné à ses ressources naturelles, beaucoup d'autres n'y ont trouvé que la désillusion, la ruine et la mort. Les rares chefs-d'œuvres, dont l'alcool pourrait peut-être accepter la paternité, ne dédommageront jamais l'humanité des maux sans nombre dont il l'accable journellement.

D'ordinaire, l'action de l'alcool est lente et graduelle; ses premiers effets se traduisent par une excitation de toutes les fonctions cérébrales, excitation qui ne tarde pas, après une période intermédiaire plus ou moins longue, à faire place à un anéantissement complet.

Une chaleur douce se répand de l'estomac à travers tout le corps et se porte principalement à la tête; en même temps que le visage s'injecte, que l'œil devient brillant, que la circulation s'accélère, que la force musculaire semble s'accroître, l'intelligence devient plus vive; les idées se pressent, arrivent en abondance, parfois confuses, et se traduisent au dehors avec loquacité; les préoccupations s'effacent; les inquiétudes disparaissent; l'avenir apparaît riant; les chagrins et les misères du passé s'oublient; le courage s'exalte; la parole se développe; le geste s'anime, devient étendu, vif et brusque; la conversation est brillante, animée, souvent spirituelle et mordante; l'imagination est plus ardente et revêt le monde extérieur de ses couleurs les plus séduisantes et les plus trompeuses; une amabilité exubérante, parfois entreprenante, traduit au dehors l'excitation génésique.

Un sentiment de bien-être général traverse tout le corps; le buveur éprouve comme un sentiment de légèreté qui se traduit dans le domaine organique par l'exubérance de la

motilité, et, dans le domaine moral, par des sentiments de vanité, d'orgueil, d'emphase, de témérité; il affronte les périls qui, jadis, l'eussent fait reculer; il tient tête aux attaques qui l'eussent épouvanté et il tente les entreprises auxquelles il eût à peine osé songer. Le guerrier court avec insouciance à l'ennemi; l'orateur, que les arguments de l'adversaire n'effraient plus, a la parole vive, coulante, animée, hardie; le poète trouve dans la suractivité de son imagination des images inespérées et le musicien, des mélodies longtemps poursuivies.

Bientôt la langue se délie davantage; l'homme fait ses confidences et souvent commet des indiscrétions, révèle ses tendances et son caractère; celui que hante la tristesse devient sombre, mélancolique, tombe dans de profondes rêveries ou pleure et se lamente; celui qui est irritable devient violent, colérique et souvent furieux; tel se laisse aller à la tendresse, aux épanchements, embrasse tout le monde, comble l'univers de ses présents et rêve la félicité éternelle; tel autre a le vin gai et dériderait, par ses facéties, l'hypocondriaque le plus atrabilaire.

Chez presque tous, la loquacité devient intarissable; la forfanterie, la vantardise et la hâblerie sont le cachet de leurs discours; les sciences les plus élevées, les problèmes les plus difficiles n'ont plus de secrets pour eux; les projets les plus aventureux, les idées les plus grandioses n'ont plus rien qui les effraie.

La physionomie de l'ivresse n'est cependant pas toujours l'exagération de l'état normal physiologique, et il est loin d'être rare de voir l'alcool donner naissance aux modifications de caractère les plus extrêmes, en faisant passer l'homme, de la timidité à la violence, de la po-

litesse à la grossièreté et de la gaieté à la mélancolie.

En même temps, la sensibilité s'exalte et la motilité s'exagère; un besoin d'espace et de liberté se fait sentir qui amène une agitation physique et morale, des mouvements exubérants, une pantomine expressive, énergique et souvent pleine d'à propos, des éclats de rire, des chants, une joie extravagante et souvent une disposition aux querelles.

L'excitation psychique devient en même temps organique; la circulation s'accélère surtout vers l'encéphale; une chaleur bienfaisante s'étend à tout le corps et finit par envahir la tête; une légère moiteur couvre la peau; la soif devient plus vive; le besoin d'uriner plus fréquent; la bouche est pâteuse, la salive visqueuse.

A cette période de l'ivresse, l'homme se possède encore et sait encore se dominer; les phénomènes qui la constituent sont généralement assez fugitifs, et quand elle n'a pas excédé ses limites ordinaires, elle ne laisse à sa suite qu'un sentiment de fatigue et d'affaissement ou une céphalalgie gravative accompagnée d'embarras gastrique, que ne connaissent que trop ceux qui ont l'habitude de s'enivrer.

Mais l'alcool ne conserve pas longtemps à celui qu'il domine les illusions enchanteresses d'un premier enivrement.

A l'excitation simple, succède l'excitation désordonnée; là, les facultés et les fonctions étaient simplement exaltées; ici, elles se pervertissent tout en s'affaiblissant.

Un état vertigineux qui va sans cesse croissant, constitue un des premiers symptômes de transition; l'intelligence s'obscurcit et semble se couvrir d'un nuage de plus en plus épais; la vivacité de l'imagination décroît et s'éteint; les perceptions sont confuses; les jugements perdent de leur justesse; la dislocation des idées et l'incohérence des paroles

se traduisent au dehors par un bavardage inepte; la mémoire fait naufrage; la volonté se paralyse; l'intelligence se trouble, s'obscurcit et finit par se perdre complètement. Alors les passions s'allument; les illusions apparaissent, accompagnées d'impulsions nuisibles; la raison sombre, et c'est un véritable délire qui la remplace; l'homme ne conserve plus aucun frein, ni dans ses propos, ni dans ses actes; c'est un maniaque, dangereux à lui-même et aux autres, dont les actes extravagants et aggressifs, le plus souvent impulsifs, peuvent mener aux violences les plus horribles et même au crime et au suicide.

Le visage trahit le trouble profond de l'être intellectuel et moral; la tête est chaude; la face colorée; les veines du cou gonflées; l'œil est immobile et hagard; le facies hébété; les paupières s'appesantissent et se ferment; une somnolence invincible, bientôt suivie d'un lourd sommeil, s'empare du buveur; la respiration d'abord accélérée, devient irrégulière, anxieuse; une constriction thoracique avec dyspnée se manifeste; les pulsations du cœur se précipitent; les artères battent avec énergie et ampleur; des palpitations surviennent; les pupilles se dilatent; des vomissements apparaissent; le corps se couvre de sueur.

Les mouvements ne tardent pas à perdre de leur précision, deviennent irréguliers, incertains; la démarche est vacillante; l'homme ivre flageole, titube sur ses jambes mal assurées; des chutes fréquentes témoignent de la parésie envahissante du système musculaire, en même temps que l'incertitude des mouvements des membres supérieurs rend l'ivrogne tremblant et maladroit.

Bientôt la langue s'embarrasse; l'articulation des mots devient difficile, mal exécutée; un bégaiement caractéris-

tique en est la conséquence, et finalement les sphincters se relâchent; la station debout devient impossible; les forces s'alourdissent; les bras pendent le long du corps; la tête s'incline vers la poitrine et le malade approche de la période ultime de l'empoisonnement.

En même temps, la sensibilité générale et spéciale se pervertit; une céphalalgie gravative, des bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vision, des illusions du goût et de l'odorat préludent à une obtusion complète des sens; une analgésie d'abord, une anesthésie presque complète ensuite se manifestent, en premier lieu aux extrémités, pour s'étendre bientôt à tout le corps, et une impuissance génésique vient terminer la scène des désordres de la vie sensitive.

Telle est la seconde période de l'ivresse; l'homme, complètement subjugué par le poison énivrant qui imprègne son cerveau, ne voit plus autour de lui que des êtres et des objets défigurés, perd la notion du monde où il vit, et n'ayant plus d'autres guides que ses impulsions et ses passions, descend au-dessous du niveau de la brute, qui, à défaut de raison, conserve toujours ses instincts pour se conduire.

Enfin la troisième ou dernière période de l'ivresse est constituée par une véritable apoplexie comateuse ou une abolition complète de toutes les fonctions de la vie de relation; la vie végétative seule persiste, et encore ses manifestations sont-elles gravement atteintes et compromises.

L'intelligence dans sa totalité est absolument éteinte et absorbée dans le coma le plus profond, dont il devient impossible de tirer le buveur; la résolution musculaire est complète; l'homme ne constitue plus qu'une masse inerte

incapable d'opposer la moindre résistance aux efforts physiques. La sensibilité est éteinte.

La face est rouge, bleuâtre, gonflée, parfois pâle et livide; les pupilles sont dilatées; la température s'abaisse; l'œil devient vitreux et atone; la respiration stertoreuse; les bronches se remplissent de mucosités; l'asphyxie est imminente; le pouls est misérable; le corps couvert d'une sueur froide; l'urine et les matières fécales sont évacuées involontairement; l'homme est ivre-mort.

Double affirme (1) que, dans cet état, la brute humaine (et c'est peut-être encore abaisser cette dernière que de la comparer à l'ivrogne) serait absolumeut réfractaire au froid et à la contagion. Bien que l'auteur ait apporté à l'appui de son assertion des preuves peut-être spécieuses, le fait nous semble loin d'être prouvé; la pneumonie si fréquente des buveurs, le contingent si nombreux que fournissent aux affections épidémiques les malheureux en état d'ivresse, ne viennent pas précisément plaider en faveur d'un fait qui, lui aussi, fut dans le temps généralement admis pour les aliénés, mais dont de trop nombreux exemples ont absolument prouvé la fausseté.

Si l'ivrogne ivre-mort semble montrer plus de résistance aux influences destructives qui de tous côtés l'assaillent, c'est peut-être moins à raison de son ivresse qu'à raison de sa constitution à l'épreuve des causes morbigènes. Acclimaté dans le milieu délétère où il passe sa vie, il ne ressent plus les effets des influences pernicieuses dont il est entouré.

B. *Formes.* — L'ivresse dont nous venons d'esquisser à grands traits les caractères principaux et la physionomie générale, est l'ivresse ordinaire, celle que l'on pourrait con-

(1) *Journal général de médecine*, avril, 1807; p. 458.

sidérer comme normale, s'il était permis d'appeler normal un véritable empoisonnement.

Bien que des circonstances nombreuses, l'individualité d'abord, l'âge, le sexe, la constitution, le tempérament, l'habitude, le genre de vie, le climat, l'époque de l'année et du jour, la température ensuite, la nature du liquide énivrant, la manière de boire, l'entourage enfin, impriment à cette description générale de notables modifications de détail, les lignes dominantes conservent presque toujours leur exactitude et donnent à l'ensemble symptomatologique un cachet qu'il conserve dans la variété des formes.

Seuls, deux types d'ivresse semblaient vouloir faire exception à cette règle : la forme convulsive et la forme comateuse. La plupart des auteurs en donnent la description à la suite de l'ivresse. Nous ne suivrons pas leurs errements : la forme convulsive n'est plus de l'ivresse, c'est un véritable accès maniaque provoqué par l'alcool ; la description et l'étude en seront faites plus loin, dans le chapitre qui traite des ivresses anormales.

Quant à la forme apoplectique, qui est caractérisée par l'état comateux profond dans lequel l'ivrogne tombe avec rapidité, elle n'offre, ni dans ses symptômes, ni dans son essence, pas la moindre particularité qui puisse justifier la place qu'on tient à lui assigner dans le cadre nosologique de l'empoisonnement par l'alcool. Elle est uniquement constituée par le degré ultime de l'intoxication, survenue presque d'emblée et sans avoir été précédée des périodes ordinaires, ou du moins, d'une intoxication où ces périodes ont été excessivement fugaces et passagères. C'est un empoisonnement cérébral suraigu qui peut arriver dans des conditions déterminées, sous des influences connues, mais qui n'a en

lui-même rien d'assez spécial pour justifier la création d'une forme particulière.

Il est trois autres variétés d'ivresse qu'il serait peut-être plus scientifique d'admettre, et qui n'ont pas jusqu'ici suffisamment attiré l'attention des auteurs, ce sont : la variété expansive, la variété dépressive et la variété stupide, variétés basées sur les modifications qu'éprouve la sensibilité morale. Dans la première forme, l'ivresse apparaît gaie; le buveur est satisfait, heureux, content; il a constamment le sourire aux lèvres et l'avenir lui semble riant et plein de charmes.

Dans la seconde forme, l'ivresse apparaît triste et mélancolique; le buveur se tient à l'écart, sombre et taciturne; l'accablement, la tristesse, le désespoir sont peints sur son visage; s'il parle, c'est pour raconter ses malheurs; la fortune est pour lui une marâtre; rien ne lui réussit; il voit tout en noir; des ennemis imaginaires le tourmentent et lui tendent des piéges; ses amis le trahissent; sa femme le trompe; il se lamente, pleure et se désole.

Dans la variété stupide, la période d'excitation fait presque défaut et le buveur tombe pour ainsi dire directement dans un état d'assoupissement, de stupeur qui va en augmentant jusqu'au collapsus complet.

C. *Division.* — L'influence de l'alcool sur le système nerveux et particulièrement sur l'encéphale se manifeste par une série progressive, mais constante de symptômes qui, à leur intensité près, se reproduisent chez la plupart des individus; ils déroulent dans leur symptomatologie trois phases consécutives : exaltation, perversion, dépression, qui ont fait diviser l'ivresse en trois périodes : surexcitation, perturbation et destruction, correspondant aux trois degrés

d'ébriété admis et désignés par les Allemands sous les noms de *Rausch*, *Betrunkenheit* et *Besoffenheit*, et auxquels ils ont ajouté la période prodromique *Weinwarme Zustand*.

Ces diverses périodes ont été caractérisées comme suit :

Stade d'excitation. — *Idéation* : excitation intellectuelle; abondance et vivacité des idées; rapidité de la parole; facilité d'élocution; vivacité de l'imagination.

Sensibilité morale : sensation de bien-être; contentement et satisfaction de soi-même; exaltation de la personnalité ou dépression et mélancolie.

Sensibilité physique générale et spéciale : impressionnabilité plus grande de la peau et des organes des sens : vue et ouïe; les penchants sont plus prononcés; les perceptions sensorielles sont plus faciles et plus rapides; les désirs vénériens augmentent.

Volonté : caractère entreprenant et dominant; déterminations subites et impérieuses.

Motilité : exagération des mouvements; mobilité excessive; gesticulation; mimique expressive.

Stade de perversion. — La période de perturbation n'offre que des caractères très incertains; elle constitue plutôt la phase de transition d'une période active qui finit à une période passive qui commence. L'idéation se trouble; l'incohérence survient; l'imagination devient déréglée; le jugement et le raisonnement se faussent. La sensibilité générale et spéciale se pervertit; les perceptions s'altèrent; des illusions apparaissent accompagnées de vertiges, de bourdonnements d'oreilles.

Stade de dépression. — Les traits principaux s'affaiblissent; les angles s'émoussent et bientôt un anéantissement complet fait place à la suractivité première.

Idéation : affaiblissement de l'intelligence; lenteur et difficulté des conceptions; obtusion du jugement; obscurité de la mémoire; lourdeur de l'imagination.

Sensibilité morale : indifférence et insouciance; affaiblissement du sentiment de la moralité; effacement de la personnalité.

Sensibilité physique générale et spéciale : la sensibilité s'émousse; lenteur et difficulté des perceptions; affaiblissement de la vue et de l'ouïe; disparition des penchants et des instints; diminution de l'irritabilité réflexe.

Volonté : anéantissement graduel de la volonté; inertie et apathie morale.

Motilité : affaiblissement progressif des mouvements volontaires; titubation; chute; décubitus complet.

Le degré ultime de la dépression alcoolique est caractérisé par un anéantissement complet de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité. Dans cet état, l'homme a perdu toute conscience de lui-même et du monde extérieur; il est absolument insensible à la douleur physique; l'irritabilité réflexe est abolie et le système musculaire se trouve dans un état de relâchement complet. La vie de relation est éteinte; la vie végétative seule persiste encore.

A ces trois stades correspondent plus ou moins exactement trois degrés de l'ivresse, qui constituent : l'ivresse légère, l'ivresse grave, l'ivresse suraiguë mortelle, et auxquels s'appliquent les dénominations allemandes rapportées plus haut.

Ces divers degrés dépendent généralement de la quantité du liquide alcoolique ingérée, de l'âge du buveur, de sa susceptibilité particulière et de bien d'autres causes encore.

L'ivresse légère ne dépasse guère la première période,

dite d'excitation; l'intelligence paraît plus active; la conversation est animée et brillante; les gestes sont plus vifs et plus étendus; c'est à peine si, vers le déclin, apparaissent quelques vertiges et bourdonnements d'oreilles et une légère obnubilation intellectuelle.

L'ivresse grave peut aller jusqu'à l'abolition partielle de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité. Elle se caractérise d'ordinaire par l'incohérence des paroles, l'extravagance des actes, l'incoordination des mouvements et aboutit, au bout d'un temps plus ou moins long, à un affaissement physique, moral et intellectuel. Elle est souvent accompagnée de vomissements et d'émissions involontaires d'urines et de matières fécales; les suites sont, en général, plus longues à se dissiper. Dans les cas les plus heureux et chez les personnes plus ou moins habituées à s'enivrer, un sommeil lourd et une transpiration abondante résultent en assez peu de temps d'une ivresse même très avancée. D'ordinaire, celle-ci laisse à sa suite un engourdissement général, de la courbature, une fatigue prononcée, de la céphalalgie et un dérangement gastro-intestinal, consistant en anorexie avec pesanteur d'estomac, langue saburrale, soif vive, rapports nidoreux, vomituritions, diarrhée bilieuse, symptômes qui sont d'autant plus prononcés que le système digestif est plus impressionnable et que la personne est moins habituée aux excès.

Enfin, le troisième stade ou ivresse mortelle vient terminer la scène de l'intoxication alcoolique. L'invasion se fait tantôt d'une manière plus ou moins insensible, tantôt d'une manière brusque; mais l'ivresse aboutit toujours à un collapsus complet, à un coma profond avec insensibilité physique, morale et intellectuelle absolue; l'homme n'est plus qu'une

masse inerte; la figure est gonflée, bleuâtre; les yeux sont éteints; les pupilles dilatées; la respiration est stertoreuse, râlante; le pouls faible, lent, souvent insensible; la peau froide; enfin la respiration s'arrête, le cœur cesse de battre: l'ivrogne est mort.

Telles sont les divisions généralement admises aujourd'hui dans les diverses manifestations de l'ivresse, depuis son premier début jusqu'à sa période ultime. Mais, ainsi établies, elles ne nous semblent répondre qu'à une nécessité absolument clinique; elles n'ont pas de base scientifique réelle, encore moins d'importance médico-légale. La critique en serait aisée. S'il est convenable de conserver, dans l'exposé des symptômes et le groupement des phénomènes divers de l'ivresse, une gradation qui en fasse saisir avec facilité les différentes expressions, la pathogénie ne saurait tirer grand profit d'une division qui ne repose que sur des apparences toutes symptomatologiques.

Qu'on veuille bien suivre avec attention la marche de l'ivresse, depuis le premier jusqu'au dernier stade de son évolution, et l'on trouvera, aux divers symptômes qui la composent, bien plutôt une évolution lente et progressive, qu'une modification tranchée dans la nature des phénomènes. L'idéation qui s'accélère devient par cela même incohérente; elle ne permet plus au raisonnement de s'exercer avec autorité et clarté, et elle amène déjà un commencement d'affaiblissement; l'imagination plus vive ne laisse plus entrevoir le côté réel des choses, elle fausse le jugement et nuit à l'appréciation vraie de la situation, nouvelle cause d'affaiblissement; cette intelligence, qui paraissait si vive, se trouve ainsi, dès le début déjà, entachée de déchéance.

Il en est de même de la motilité, dont l'exagération cache souvent un véritable affaiblissement.

Du reste, il n'existe aucun caractère qui puisse indiquer d'une manière plus ou moins certaine la transition de l'une des périodes à l'autre.

La division des phénomènes de l'ivresse en deux périodes offre peut-être moins de prise à la critique; l'alcool est aujourd'hui rangé dans la grande classe des anesthésiques, dont l'influence sur le système nerveux se formule par les deux stades : excitation et dépression.

Toutefois, il est essentiel de s'entendre sur ce mot d'excitation, qui se comprend mieux et exprime un fait plus exact, quand on l'applique à la vie organique que quand on le rapporte à la vie psychique. Excitation intellectuelle ne peut et ne doit pas être considérée dans le sens de suractivité de l'intelligence. Comme nous venons déjà d'en dire quelques mots et comme nous y reviendrons plus tard, sous les couleurs trompeuses d'une suractivité des facultés, l'on voit déjà poindre, même au début de l'ivresse, un affaiblissement manifeste.

D. *Mode d'action de l'alcool dans la production de l'ivresse.* — C'est en vain que jusqu'à ce jour la science a cherché à découvrir le mode d'action de l'alcool dans la production de l'ivresse; les idées émises sont à peine des hypothèses. C'est évidemment par une action directe sur le système nerveux que l'alcool occasionne ses effets désastreux; mais la nature de cette influence nous échappe entièrement. Dire que l'alcool produit une altération du contenu dans les cellules nerveuses, qu'il favorise la décomposition du protagon ou qu'il stupéfie les cellules et les fibres nerveuses, c'est émettre des théories qu'il serait aussi difficile de prouver

que de réfuter, parce que les arguments manquent de côté et d'autre.

Ceux qui ont voulu trouver dans les modifications chimiques éprouvées par l'alcool dans le sang ou dans les altérations chimiques du sang lui-même les causes de l'ivresse, n'ont pas été plus heureux. La transformation de l'alcool en aldéhyde, sous l'influence du processus oxygénant, a fait croire que cet agent avait son influence dans la production du phénomène ivresse. On a même affirmé que, son point d'ébullition étant de 20° R. et la température du sang étant de 30° R., la force d'expansion, développée dans l'aldéhyde par cet accroissement de température, devait occasionner un surcroît de tension vasculaire, dont l'influence se traduirait dans le cerveau par l'obnubilation et l'étourdissement psychique, à la phériphérie du corps par une turgescence générale, et dans le système circulatoire par un éréthisme et des palpitations. D'autres encore semblent admettre que le processus oxygénant, nécessité par les transformations chimiques diverses qu'éprouve l'alcool par son passage à l'état d'aldéhyde, d'acide acétique et finalement d'acide carbonique, enlèverait au sang l'oxygène nécessaire au maintien du fonctionnement du cerveau, et attribuent ainsi l'ivresse à une modification temporaire de la composition sanguine.

Malheureusement toutes ces transformations chimiques sont aussi hypothétiques que la théorie elle-même. Quant à la désoxygénation du sang, elle se produit dans d'autres empoisonnements, sans donner lieu au moindre phénomène analogue à l'ivresse.

Ce qu'il serait peut-être plus utile à la science de démontrer, c'est la part d'influence que prennent dans la produc-

tion de l'ivresse les divers états de la circulation cérébrale, congestion et anémie. Les idées ne sont malheureusement pas encore définitivement fixées à ce sujet, et les différents processus circulatoires cérébraux, qui accompagnent ou suivent l'ivresse, semblent dépendre tout autant de causes individuelles ou étrangères que des influences alcooliques elles-mêmes.

Cependant, des expériences et des études de Claude Bernard, Neumann, Marvaud il résulte que la première période de l'ivresse, la période d'excitation est toujours accompagnée d'un état de turgescence encéphalique qui a pour cause principale une congestion réelle et appréciable de la pie-mère, état assez passager et qui se reproduit après chaque nouvelle dose. Au bout d'un certain temps, ou alors que la quantité de liquide a été plus forte d'emblée, la fluxion sanguine est remplacée par de l'anémie; celle-ci caractérise la période de dépression, d'insensibilité. La relation exacte de cause à effet entre ces deux phénomènes n'a pas encore été scientifiquement établie; car il faut être d'autant plus réservé dans les conclusions à tirer des expériences, que les efforts exigés des animaux qui y sont soumis peuvent avoir leur part d'influence dans la production des troubles circulatoires que l'on constate.

E. *Anatomie pathologique.* — L'anatomie pathologique de l'alcoolisme aigu reste à peu près entièrement à faire. Il est aujourd'hui généralement admis, et nous essayerons de le prouver plus amplement encore dans la suite, que l'alcool agit directement sur la trame nerveuse pour amener l'ensemble des phénomènes que l'on désigne sous le nom d'ivresse; mais la nature des modifications qu'il imprime à la substance délicate du cerveau, nous est encore totale-

ment inconnue. Ce serait se lancer dans des hypothèses sans fondements que de vouloir même ébaucher cette partie de la science. Ce qui nous paraît le plus vraisemblable, c'est qu'il existe une circulation nerveuse présidant à l'ensemble de la vie psychique, de même qu'une circulation sanguine préside aux fonctions organiques; c'est probablement en agissant sur ces courants nerveux que l'alcool produit ses funestes effets. A l'avenir est réservé le soin de démontrer cette induction. Quoi qu'il en soit, les expériences sur les animaux ont prouvé que la première période de l'ivresse était accompagnée d'une turgescence cérébrale et surtout d'une hyperémie active de la pie-mère et que, à mesure que l'influence alcoolique se prononçait, la surface cérébrale s'anémiait.

Marvaud (1) a vu, par une couronne de trépan pratiquée sur un lapin, survenir une hyperémie manifeste des hémisphères cérébraux, sous l'influence de 150 grammes d'alcool ingérés dans l'estomac à doses fractionnées, chaque nouvelle dose étant suivie d'une nouvelle hyperémie; au bout de quelque temps survenait l'anémie, qui persistait jusqu'à la mort. A l'autopsie des animaux empoisonnés par l'alcool, Lallemand, Perrin et Duroy ont signalé comme lésion constante la réplétion des sinus de la dure-mère, la congestion de la pie-mère; par contre, la substance cérébrale était normale.

A l'autopsie des personnes mortes accidentellement en état d'ivresse avancée ou par suite des progrès de l'intoxication elle-même, une lésion que l'on rencontre presque constamment et que tous les auteurs ont constatée, c'est la congestion sanguine violente des méninges et de la pie-

(1) *L'alcool; son action physiologique*, page 38.

mère; dans cette dernière, l'on trouve parfois des suffusions sanguines et des traces d'épanchements sanguins. L'état de la substance cérébrale elle-même laisse davantage de doute; si, dans bien des cas, la turgescence et la congestion de la pulpe encéphalique elle-même sont évidentes, dans d'autres cas, l'on aurait constaté (1) que la substance cérébrale était remarquablement blanche et dure; enfin, il existe des cas, comme le rapporte Casper (2), dans lesquels le cerveau en lui-même est absolument intact et sans lésion, et d'autres, comme son observation 219, où il existe une véritable anémie cérébrale.

Les sinus veineux sont gorgés de sang noir, de même que les plexus choroïdes; le liquide céphalo-rachidien est d'ordinaire fortement augmenté et souvent mélangé de sang; les ventricules cérébraux contiennent en abondance de la sérosité jaunâtre à odeur alcoolique. Plus rares sont les épanchements sanguins dans les ventricules latéraux, et plus rares encore les véritables hémorragies cérébrales. Mais l'altération la plus fréquente est l'hémorragie méningée, c'est-à-dire l'extravasation du sang dans la cavité des méninges. Cependant ces altérations elles-mêmes, que Tardieu admet comme constantes, surtout pour l'hémorragie méningée, et que Flourens (3) dit avoir constatées chez tous les oiseaux qui ont servi à ses expérences, n'ont pas été rencontrées par Lallemand et Perrin, dans des expériences à peu près identiques qu'ils ont faites sur des chiens.

Après le cerveau, ce sont les poumons qui offrent les dé-

(1) Jaccoud. *Pathologie interne; intoxication alcool.* (appendice aux 4 1res édit., pages 365).
(2) *Traité de médecine légale*, V. 2, page 316.
(3) *Recherches sur les propriétés et sur les fonctions du système nerveux*, page 402.

sordres les plus fréquents et consistant en congestions plus ou moins violentes, avec extravasation de sérosité sanguinolente; il n'est pas rare de constater de véritables apoplexies pulmonaires; le même état congestif se rencontre, quoique moins prononcé et beaucoup plus irrégulier dans sa fréquence, dans le foie, la rate, les reins et la muqueuse stomacale. Casper affirme que, dans toutes les autopsies qu'il a faites d'individus morts en état d'ivresse, il a remarqué une lenteur très grande dans la décomposition cadavérique, dont parfois on n'apercevrait pas encore la moindre trace, alors que d'autres corps eussent déjà été en pleine voie de putréfaction.

Pour pouvoir sainement apprécier la valeur des altérations anatomo-pathologiques dont la description vient d'être donnée, il ne faut pas oublier que les morts par ivresse se rencontrent, en général, parmi de vieux ivrognes, chez lesquels l'existence antérieure de l'alcoolisme chronique a amené des lésions qu'il ne faut pas confondre avec celles de l'ivresse elle-même et a mis la plupart des organes, surtout encéphaliques, dans des conditions nouvelles et autres que celles qui existent à l'état normal.

C'est ainsi que l'hémorragie méningée, en dehors de l'ivresse mortelle, ne doit pas être bien rare chez les ivrognes de profession, à n'en juger que par les traces de pachyméningite que l'on rencontre encore assez souvent chez eux. Or, dans la pachyméningite, si l'épanchement sanguin peut être consécutif, il peut être aussi primitif; ce qui indique que l'hémorragie méningée peut avoir lieu chez l'ivrogne en dehors des cas d'ivresse mortelle. Il y a donc déjà là une prédisposition dont il faut savoir tenir compte; mais cette prédisposition elle-même prouve cependant que l'al-

cool, alors qu'il agit d'une manière lente, semble avoir une action pour ainsi dire élective sur certaines parties des organes encéphaliques et principalement sur les méninges.

Si l'on considère attentivement la nature et la localisation des lésions trouvées à l'autopsie du cerveau chez les personnes mortes en état d'ivresse, l'on ne manquera pas de remarquer que les troubles circulatoires des membranes cérébrales sont les seuls qui aient été constatés avec quelque régularité. C'est surtout dans la pie-mère d'abord, dans l'arachnoïde ensuite, que se localise la lésion congestive, et sa nature varie depuis la congestion, soit simple, soit accompagnée d'exsudation séreuse, jusqu'aux infiltrations sanguines de la pie-mère ou aux hémorragies méningées véritables.

Les rapports de ces lésions congestives et hémorragiques avec l'engorgement pulmonaire eussent été une étude aussi instructive que féconde en heureux résultats. La question de savoir si elles sont primitives toutes deux ou si l'une n'est que la conséquence de l'autre, est d'une importance majeure dans l'étude de la pathogénie de l'ivresse. Ce point malheureusement est loin d'être élucidé et n'a pas suffisamment attiré l'attention des pathologistes. Si l'on veut cependant scruter avec attention les diverses nécropsies de personnes mortes en ivresse et qui ont été publiées jusqu'à ce jour, l'on pourra se convaincre que cette relation n'existe pas. C'est ainsi que sur cinq observations rapportées par Casper (1), l'on constate l'absence de congestion pulmonaire dans un cas où la congestion méningienne est évidente; dans deux autres, il n'est fait mention que d'un œdème du poumon. Il en est de même des organes circula-

(1) *Loc. cit.*, p. 316 et 317.

toires : le cœur est noté comme anémié dans plusieurs cas.

L'autopsie démontre donc que l'hyperémie des membranes cérébrales n'a aucune relation avec celle des organes pulmonaires et circulatoires et qu'il y a entre ces deux processus une indépendance complète.

F. *Pathogénie.* — Établir la pathogénie de l'ivresse, c'est-à-dire rechercher l'évolution successive des différentes périodes qui la caractérisent, l'enchaînement réciproque des éléments qui la constituent et la nature des processus psychiques à l'aide desquels elle se produit, est une tâche d'autant plus difficile que le domaine des investigations lui-même est moins précis et plus vague.

Une physiologie cérébrale parfaitement établie des fonctions nerveuses bien connues, une psychologie physiologique mieux déterminée constitueraient une base préalable, indispensable à la solution du problème difficile des processus pathogéniques de l'ivresse.

Malheureusement plus d'une fonction encéphalique n'a pas encore sa localisation cérébrale assez bien établie pour donner à l'étude qui va suivre toute la valeur qu'elle pourrait acquérir, lorsque la physiologie cérébrale aura atteint le développement des autres branches des sciences médicales.

Quoi qu'il en soit, le fonctionnement cérébral le plus généralement admis aujourd'hui considère les hémisphères cérébraux (couches grises) comme le siège de l'intelligence, le cervelet comme préposé aux mouvements de locomotion et surtout à leur coordination, la protubérance annulaire comme l'organe de la sensibilité générale et tactile, la moelle épinière comme le siége des mouvements réflexes, et la moelle allongée comme le centre régissant la circulation et la respiration.

En résumant les différentes phases de l'ivresse, depuis le moment où l'homme en reçoit les premières atteintes jusqu'au moment où elle le domine et l'anéantit complètement, les divers auteurs ont établi l'évolution suivante : l'excitation porte de prime abord sur les facultés intellectuelles et la sensibilité, tant générale que spéciale; peu à peu s'entreprennent les mouvements volontaires dont la coordination fait défaut. A une période plus avancée, surviennent le ralentissement du pouls et de la respiration, la diminution de l'irritabilité réflexe; enfin la parésie musculaire et la perte de la sensibilité viennent terminer l'extinction des phénomènes de la vie de relation ; les mouvements automatiques ne disparaissent qu'en dernier lieu.

Appliquant les diverses phases de cette évolution progressive aux données de la physiologie, la science établit que l'alcool, dans la production de l'ivresse, agit d'abord sur les hémisphères cérébraux et la protubérance annulaire, que son action se porte ensuite sur le cervelet, puis sur la moelle épinière pour finir par le bulbe rachidien.

Poussant même plus loin ses déductions, elle montre l'alcool influençant d'abord l'élément nerveux pour finir par l'élément circulatoire; en d'autres termes, elle établit que l'alcool est en première ligne neurotique et en seconde ligne hématique.

Telle est la pathogénie de l'ivresse comme l'ont établie Lallemand et Perrin, et que leurs successeurs se sont bornés à reproduire, sans autre contrôle que l'autorité des savants qui l'avaient émise et propagée (1).

(1) Il est en outre à remarquer que cette pathogénie résulte presque exclusivement d'expériences sur les animaux dans lesquelles un des éléments essentiels de l'influence alcoolique sur l'homme fait presque

Si l'on veut, cependant, examiner de près les différents éléments qui la composent, l'on ne saurait manquer de trouver fragiles et insuffisantes les données sur lesquelles elle repose. La période d'excitation est, en général, composée des mêmes ordres de phénomènes que la période de dépression, sauf que, dans la première période, leur nature est sthénique, dans la seconde, elle est asthénique. En même temps que l'excitation intellectuelle, se constatent l'accélération du pouls et de la respiration, l'impressionnabilité plus grande des sens, l'exagération de la motilité ; en même temps que la dépression intellectuelle, le pouls commence à faiblir, la respiration se ralentit, les mouvements deviennent incohérents, la température baisse. Ce sont là des phénomènes simultanés et non pas successifs, comme l'établit la pathogénie des auteurs français. L'examen clinique des symptômes ne nous révèle nullement cette invasion successive d'un organe après l'autre ; elle nous montre au contraire que tous sont attaqués à la fois, à un degré peut-être inégal, dans une modalité peut-être différente ; mais l'atteinte n'en est pas moins évidente.

La pathogénie ainsi établie ne nous semble pas donner l'explication des manifestations complexes de l'ivresse ; peut-être l'étude psychologique sera-t-elle plus à même de livrer à la science quelques éclaircissements sur les processus de sa genèse et de son évolution.

En analysant avec attention les divers éléments dont se composent les nombreuses manifestations de l'ivresse, il est facile de s'apercevoir que la période d'excitation est un

complètement défaut ou du moins n'est pas suffisamment appréciable : nous avons nommé l'influence sur les facultés intellectuelles et morales. (*Note de l'auteur ;* avril 1884).

ensemble complexe d'états primordiaux dont les désordres variés concourent à la production du résultat final.

La sensibilité morale constitue le premier de ces éléments. Son importance n'a pas encore suffisamment attiré l'attention, probablement parce qu'elle-même est une faculté encore mal définie et incomplètement déterminée. Et cependant, notre regretté et trop oublié Guislain en avait depuis longtemps si magistralement fait ressortir toute la valeur dans la genèse de la folie! Appelée *Gemuth* par les Allemands, c'est elle qui est l'origine de nos émotions, de nos affections et de nos passions; c'est le sens émotif, l'émotivité de Morel et de Cerise. Elle constitue cette disposition de notre moral qui fait que nous nous sentons heureux ou malheureux, contents ou tristes, joyeux ou mélancoliques. C'est, de toutes nos facultés, celle qui est la première lésée dans l'ivresse, et elle l'est d'ordinaire dans un sens expansif, plus rarement dans un sens dépressif.

Dans le premier cas, sans cause réelle, avec des dispositions souvent absolument opposées, l'homme se sent tout à coup léger, heureux et content; tout son être semble s'épanouir; tout lui apparaît en rose; les soucis disparaissent; l'avenir lui semble riant; il ne voit plus que le beau côté des choses; une confiance extrême, un chaud enthousiasme le dominent entièrement; il éprouve un sentiment intérieur de force, de vigueur; il se sent comme transporté dans un monde meilleur et plus beau. Et c'est là un sentiment tout à fait subjectif, qui n'a aucun motif réel, mais dont l'origine se trouve dans la modification expansive de la sensibilité morale.

Si, au contraire, la modification dépressive vient à dominer, c'est la tristesse et l'affaissement, la crainte et l'appré-

hension que l'on voit apparaître; le buveur se sent alors mélancolique, accablé; il voit tout en noir; tout le désespère; il n'a plus ni courage ni confiance, et la dépression de cette forme est aussi peu motivée que l'expansion de la variété précédente.

Le deuxième élément primordial de la période d'excitation alcoolique est une véritable exaltation de l'idéation et de la faculté imaginative, qui vient confondre ses effets avec les désordres précédents; la production des idées semble accélérée; elles naissent en masse et arrivent en foule, plus vivement colorées sous l'influence d'une imagination surexcitée.

Tels nous paraissent être les deux facteurs fondamentaux de l'ivresse et qui suffiront à expliquer la genèse des manifestations les plus diverses de la première période de l'intoxication alcoolique aiguë.

Et, en effet, quels sont les principaux phénomènes qu'amène chez l'homme normal l'expansion ou la dépression de la sensibilité morale, du sens émotif?

Examinons d'abord les symptômes de ce que l'on appelle généralement la joie folle, qui est la représentation la plus fidèle de l'expansion de l'émotivité? Non seulement le sentiment du bonheur présent épanouit toutes les facultés et les forces de l'âme, mais les rêves de l'avenir semblent se réaliser; le monde extérieur est complètement transformé et se voit sous de tout autres couleurs; ce qui jusqu'alors paraissait triste, sombre, apparaît actuellement gai et riant; tout ce qui désespérait jadis, encourage aujourd'hui. Ce ne sont pourtant ni les conditions extérieures ni les organes par lesquels se font les impressions qu'elles nous apportent, qui se sont modifiés; c'est notre fonds intérieur qui est

changé. En même temps, les hommes et les choses nous touchent de plus près, et nous voudrions faire partager notre bonheur par tous ceux qui nous entourent. Nous devenons expansifs et communicatifs; le sentiment de notre bonheur nous donne une plus haute opinion de nous-mêmes, de notre valeur et de nos forces; nous devenons plus fiers, plus audacieux et plus entreprenants; enfin, le contentement intérieur dont notre âme est remplie, se transmet à l'ordre physique et se traduit par une mobilité exagérée, par des gestes animés, par un grand besoin de mouvements extérieurs, par une activité excessive.

Au contraire, qu'un sentiment dépressif vienne tout à coup opprimer l'homme, c'est la contre-partie de l'évolution émotionnelle précédente qui va se produire. Le malheureux rentre en lui-même; tout, autour de lui, devient noir et lugubre; il tombe dans la désolation; la pensée est lourde, l'imagination sombre. Une réaction motrice inverse se produit; l'immobilité devient complète; l'activité disparaît.

N'est-ce pas là le tableau exact et comme stéréotypé des différentes formes de l'excitation alcoolique? Si maintenant l'on ajoute à la modification expansive ou dépressive de la sphère émotionnelle, l'exaltation de l'idéation, cette production plus vive d'idées plus nombreuses et plus colorées dans le sens expansif comme dans le sens dépressif; si l'on combine de diverses manières ces deux évolutions, l'on obtiendra un ensemble où pas un trait, pas un symptôme ne manquera au tableau de l'ivresse.

Et ce sont là les seuls phénomènes d'activité que l'on puisse constater à cette période.

Comme l'ont fort bien démontré Ritter (1) et Jaccoud (2), l'action de l'alcool ne se porte pas sur la totalité de l'être psychique; les facultés actives participent seules à cette excitation ; les facultés réceptives non seulement restent en dehors de son influence, mais éprouvent même un affaiblissement qui augmente rapidement. C'est là un côté excessivement important de la question et sur lequel on n'a pas suffisamment insisté. C'est ainsi que les facultés actives, d'expression mimique, de représentation intellectuelle, toutes celles qui sont relatives à l'idéation et à l'imagination participent seules à cette excitation, tandis que les facultés réceptives, celles d'expression et de réception sensorielles, l'attention, la perception sont plutôt émoussées et amoindries. Quant à ce que l'on pourrait appeler l'intelligence proprement dite, le raisonnement, le jugement, le fonctionnement syllogistique, il serait bien téméraire d'admettre que l'ivresse les exalte et les rende plus vifs; c'est le contraire qui arrive; l'ivresse leur ôte de leur précision et de leur sûreté.

S'il pouvait peut-être sembler rationnel de recourir aux propriétés enivrantes de l'alcool pour activer l'imagination du poète, qui oserait chercher, même dans le plus léger degré d'ébriété, la sûreté de jugement nécessaire à la solution d'un problème de mathématiques supérieures?

De même, l'œil peut être plus sensible à la lumière, l'oreille plus impressionnable au bruit; mais la vue, c'est-à-dire la perception des objets, de même que l'ouïe, c'est-à-dire la perception des sons, loin d'être plus délicate, devient au contraire moins distincte, plus superficielle;

(1) *Der Rausch in forensischer Beziehung.* (Friederich's Blätter für gerich. Art. 1869).

(2) *Traité de pathologie interne,* art. alcoolisme.

l'œil ne distinguera plus la finesse des contours ni la délicatesse du coloris; l'ouïe ne percevra plus avec autant de justesse la variété des sons. Si les impressions peuvent être plus vives, les perceptions sont évidemment moins claires, moins nettes et moins délicates.

La perception intellectuelle proprement dite, l'élaboration des impressions sont elles-mêmes déjà fortement atteintes. Si le buveur, au premier degré de son ébriété, peut encore exposer avec clarté ses propres idées, il est beaucoup moins capable de s'assimiler celles des autres, soit qu'il les entende, soit qu'il les lise. Déjà alors aussi, les sentiments moraux qui interviennent et qui sont d'un si grand poids dans l'élaboration de nos idées et la production de nos actes, s'affaiblissent et n'apportent plus à notre conduite le contrepoids de leur influence morale; les sentiments de convenance, la honte, la pudeur, la retenue se font moins vivement sentir; la prudence, la prévision, la circonspection, la peur, comme la crainte, ne viennent plus apporter d'obstacle aux incitations de nos penchants.

Pendant que les idées sont plus abondantes, qu'elles arrivent plus colorées et plus imagées, que l'imagination est plus vive, il est déjà évident que le jugement, le raisonnement, la réflexion, la présence d'esprit — toutes facultés qui constituent à proprement parler l'intelligence — sont déjà moins sûrs, moins nets; la perception intelligente, cette faculté qui transforme les sensations en idées, est plus lente, plus difficile; l'attention est distraite; la mémoire actuelle et récente est moins fidèle; enfin l'être intelligent, l'être raisonnable qui pense et réfléchit, n'est plus à son ancienne hauteur : il commence à décliner. En un mot, à côté de quelques symptômes d'excitation, vient se

ranger tout un ordre de symptômes d'affaiblissement; et s'il n'est pas toujours facile de trouver les rapports qui les unissent, il n'en est pas moins évident que, même dans les débuts de l'ivresse, ces rapports s'enchaînent déjà d'une manière intime, et que, à travers la première excitation alcoolique, l'affaissement, la déchéance psychique ne laisse que trop souvent poindre ses premiers mécomptes. A côté d'une idéation plus active, d'une loquacité plus grande, on rencontre un jugement moins sûr, un raisonnement moins précis, une conduite plus hésitante, une volonté plus fragile, des actes plus enfantins, une conduite puérile; l'observateur attentif ne manquera pas de constater qu'un léger état d'enfance, de niaiserie, de puérilité caractérise à un degré peut-être excessivement minime, mais toujours appréciable, les premiers débuts de l'ivresse. L'excitation n'est qu'à la surface; la déchéance est au fond.

Il en est de même de la motilité. Si celle-ci semble excitée dès le début, si on rencontre cette mobilité anormale, ces mouvements étendus, désordonnés, n'est-il pas facile de constater que les mouvements ont perdu de leur assurance, de leur fermeté et surtout de leur précision? Quel homme songerait à se mettre sous l'influence de l'alcool pour exécuter des ouvrages délicats et minutieux?

Pour nous résumer, nous pouvons donc établir que la période dite d'exaltation de l'ivresse se compose :

1° De la suractivité de l'idéation avec modification expansive, plus rarement dépressive, de la sensibilité morale.

2° De l'affaiblissement de cette partie active de nos facultés intellectuelles et morales qui contituent l'entendement proprement dit et le sens moral.

Si l'on veut suivre attentivement l'évolution progressive

de l'ébriété, l'on pourra constater que le premier ordre des symptômes qui précèdent va généralement en diminuant à mesure que le second gagne de l'importance.

3° Les phénomènes d'excitation de l'ivresse se bornent à une simple excitation cérébrale psychique, portant sur la sphère émotionnelle et idéative; les phénomènes observés du côté de la sensibilité et de la motilité sont indirects, consécutifs à l'état cérébral dont ils dépendent.

C'est dans cet ensemble de phénomènes que nous paraît résider la soi-disant influence stimulante de l'alcool. Quant à son action directe sur le système nerveux, nous la croyons de nature tout opposée, c'est-à-dire stupéfiante, paralysante.

Cherchons maintenant quelle peut bien être l'expression anatomo-physiologique de cette modalité psychologique, et essayons de nous rendre compte de l'action intime qu'exerce l'alcool sur le système nerveux.

Une comparaison peut-être ontologique nous servira d'introduction. Si elle ne peut avoir aucune valeur pour prouver la réalité de notre manière de voir, au moins aidera-t-elle à en rendre la conception plus facile et plus lucide. Toute ingestion d'une substance nuisible occasionne, de la part de l'économie, un mouvement de répulsion, destiné à rejeter de son sein ou à éloigner de ses organes l'élément dangereux; ce n'est qu'une fois que le poison a pu vaincre cet obstacle qu'il parvient à produire son effet.

N'est-ce pas à peu près là le cas de l'alcool?

Une congestion active, fluxionnaire des enveloppes cérébrales, surtout de la pie-mère, est le premier effet de l'action alcoolique sur le cerveau, son objectif de prédilection; jusque-là le système nerveux n'est pas encore atteint, et tant que la congestion tout active ne dépasse pas certaines

limites, elle forme la période prodromique de l'ivresse, encore compatible avec le maintien d'un fonctionnement normal, seulement suractivé. C'est là cette période prémonitoire caractérisée par ce sentiment de vigueur intellectuelle et qui a son analogue dans la congestion gastrique accompagnant une digestion un peu laborieuse.

Mais une fois que l'hyperémie de la pie-mère devient réellement morbide, elle entraîne après elle des manifestations désordonnées dont l'ensemble constitue la première période de l'ivresse; l'exagération de la circulation y a pour expression principale l'hyperidéation intellectuelle. Sous cette influence, les idées s'accélèrent, se colorent, apparaissent en abondance confuses, puis deviennent incohérentes; personne n'ignore du reste les relations de la congestion réellement active de la pie-mère, nourricière de la couche grise cérébrale, avec la production des idées et leur mode d'expression.

Quelques mots d'explication sur la nature des congestions cérébrales ne nous paraissent pas inutiles, parce que leur valeur physiologique et pathologique est trop souvent méconnue, et que l'on a trop oublié que c'était autant la composition du sang que sa quantité qui présidait à leurs diverses manifestations symptomatologiques.

La congestion cérébrale peut être active (hyperémie) ou passive (stase), et la signification de ces deux états est tellement différente que plusieurs auteurs ont rangé la dernière parmi les anémies cérébrales auxquelles ils l'ont assimilée. En effet, étant donné que le sang normal est le principe du fonctionnement cérébral régulier, il est évident qu'une accélération de la circulation du sang normal doit activer le fonctionnement du cerveau; mais que, en revanche, une aug-

mentation de la circulation d'un sang vicié doit, non pas activer le jeu des organes cérébraux, mais l'enrayer et le paralyser. Et à supposer que l'oxygène soit l'excitant encéphalique, il est évident que l'hyperémie active, fournissant, en un temps donné, une quantité plus grande de ce gaz, imprimera un nouvel essor aux facultés intellectuelles, tandis que la stase, n'offrant au cerveau dans ce même temps qu'une quantité tout insuffisante, enrayera l'essor des mêmes facultés, les affaiblira et les paralysera; ce qui arrive dans l'anémie; c'est le manque d'excitant avec un élément pernicieux peut-être en plus, les produits des décompositions organiques.

Quelle est l'expression symptomatologique de cette exagération de la circulation, de cette hyperémie active des méninges? C'est principalement et surtout une hyperidéation intellectuelle; sous cette influence, les idées se produisent en plus grand nombre, s'accumulent, s'accélèrent, se colorent; elles apparaissent en abondance confuses, puis deviennent incohérentes et donnent lieu au délire.

Les modifications de la sensibilité morale, dont l'origine organique est beaucoup plus difficile à apprécier, mais qui dépendent probablement de la même cause que le phénomène précédent, viennent donner au caractère ce cachet d'expansion ou plus rarement de dépression, qui constitue la teinte dominante de l'ivresse.

Jusqu'ici l'alcool n'a pas encore porté son action directe sur l'élément nerveux; la circulation cérébrale seule est atteinte; c'est, pour continuer notre image, le mouvement de répulsion qui uniquement entre en jeu.

Mais bientôt la dose du liquide alcoolique augmente, son action s'accentue, la substance nerveuse elle-même est

atteinte dans sa vitalité organique comme dans son fonctionnement, et la nature de cette atteinte n'est pas une excitation, c'est un affaiblissement, une usure, une déchéance. L'alcool n'excite pas la substance nerveuse, il la détruit; il n'augmente pas le fonctionnement intellectuel, il l'altère et le paralyse. Et en effet, en même temps que le buveur nous montre quelques symptômes d'excitation, nous pouvons déjà saisir de nombreux signes d'affaiblissement, qui vont rapidement en augmentant, à mesure que l'impression de l'alcool sur la substance cérébrale elle-même augmente, et que la congestion de la pie-mère active diminue. Et celle-ci diminue d'abord par suite du relâchement qui suit d'ordinaire toute activité, ensuite parce que l'alcool continuant à paralyser insensiblement toutes les fonctions cérébrales, la congestion active ne tarde pas à se transformer en stase sanguine passive. L'anémie cérébrale que l'on rencontre fréquemment à cette période, et dont la genèse est plus difficile à expliquer, vient encore augmenter la dépression, l'affaiblissement et la paralysie.

Une fois l'atteinte commencée et entreprise, c'est-à-dire une fois que le cerveau est sans défense contre l'aggression alcoolique, son action se poursuit et les phénomènes paralytiques s'accentuent rapidement.

Lallemand et Perrin semblent confirmer notre manière de voir dans la phrase suivante : « Dans cette expérience, il s'est produit une contraction des pupilles, suivie de leur dilatation. Comme la contraction des pupilles est le signe d'une congestion cérébrale active, il semblerait que l'alcool détermine d'abord un afflux vers le cerveau, et la dilatation indiquerait la période consécutive de collapsus et d'anéantissement du système nerveux (1). C'est du reste, de cette

(1) *Du rôle de l'alcool*, etc., p. 45.

congestion des méninges que dépendent plusieurs des phénomènes physiques qui accompagnent l'excitation cérébrale, et que l'on a mis sur le compte de l'action directe de l'alcool sur le système nerveux.

Les idées qui viennent d'être émises au sujet de la pathogénie de l'ivresse, idées qui sembleront peut-être étranges et qui sont tout au moins nouvelles, seront encore confirmées dans le chapitre traitant des analogies de l'ivresse et de la folie. L'on aurait tort, du reste, de croire que l'ébriété à sa première période soit un état absolument simple, et consistant uniquement dans ce que l'on appelle vulgairement l'excitation cérébrale, produite par l'impression de l'alcool sur le système nerveux. Comment parviendrait-on dans ce cas à expliquer la forme mélancolique et la forme stupide de l'ivresse? Nous comprendrions que la stimulation cérébrale donnât lieu à la forme expansive; mais pourrait-elle encore amener la forme mélancolique? Tandis que, en admettant la lésion primitive de la sensibilité morale, la pathogénie devient toute simple, surtout que le plus ou moins de développement, voire même l'absence de la congestion méningée donnera à ces formes des nuances variables et en déterminera l'aspect clinique. Quand on se rappelle l'action exhilarante du protoxyde d'azote, l'on ne trouvera plus si étrange qu'un agent porte son action primitive sur la sensibilité morale (1).

G. *Marche. — Durée. — Terminaison.* — Il y a peu de choses

(1) Un autre argument qui vient encore à l'appui de cette idée que l'alcool agit primitivement sur la sensibilité morale, c'est que nous retrouvons ce même élément dans la pathogénie de l'alcoolisme chronique : ce sont encore des troubles moraux, des modifications de caractère, qui constituent les premiers symptômes de l'intoxication chronique, comme ils ont constitué ceux de l'intoxication aiguë. (*Note de l'auteur*, avril 1884.)

intéressantes à dire sur ces trois points de l'histoire clinique de l'ivresse, d'autant plus que les données générales sont d'une application difficile.

L'ivresse n'est pas toujours un état morbide produit par l'impression unique d'une cause morbigène une fois agissante et dont la réalisation matérielle continue en dehors des facteurs étiologiques. Les doses peuvent être interrompues, répétées ou longtemps continuées ; il en résulte une marche variée, suivant la variété dans l'usage des alcooliques. En général, l'ivresse ordinaire se termine, au bout de quelques heures d'un profond sommeil, par une guérison complète. Dans les cas plus graves, le sommeil, qui est lourd et ressemble plus à un assoupissement extrême qu'au repos ordinaire, ne finit qu'après 10 et même 24 heures, et laisse après lui l'état d'affaissement décrit plus haut.

En médecine légale, la durée de l'ivresse peut être une question parfois très importante, à laquelle il est difficile de donner une solution convenable à raison des idiosyncrasies trop nombreuses qui doivent intervenir. Admettre une durée moyenne de 6 à 10 heures, serait donner une solution que l'expérience ne viendrait que trop souvent contredire, car, quand l'ébriété a été fortement prolongée, il ne faut rien moins qu'une journée entière pour la dissiper. L'on a vu des personnes ne se réveiller qu'après 24 et même 48 heures d'un sommeil profond. Du reste, ici comme dans beaucoup d'empoisonnements, il faut compter avec l'accoutumance ; ceux qui font rarement des excès en ressentent plus longtemps et plus sérieusement l'influence que les autres ; enfin l'âge, le sexe, la constitution, le tempérament et la nature du liquide alcoolique ont sur la durée de l'ivresse une influence incontestée.

La terminaison fatale n'est pas fréquente; elle arrive, soit rapidement, à la suite d'ingestion de doses énormes d'alcool, soit progressivement, à la suite d'excès répétés, par résolution complète de toutes les fonctions de la vie. On a vu des cas de mort presque subite suivre des doses alcooliques excessives : l'homme pâlit et tombe comme foudroyé; les fonctions cérébrales semblent avoir été enrayées d'un seul coup; c'est une véritable sidération nerveuse. Il est plus que probable que, dans ce cas, c'est par son influence toxique sur la totalité de la masse encéphalique que l'alcool produit ses funestes effets : il en arrête pour ainsi dire instantanément le fonctionnement. Il est bien vrai que, dans la dernière période de l'ivresse, l'on voit apparaître des congestions cérébrales et pulmonaires; mais ces congestions qui apportent évidemment leur influence néfaste dans la production finale de la mort, n'en sont pas la cause directe; elle ne sont elles-mêmes qu'un effet de la perturbation nerveuse, jetée dans la vie du cerveau par l'alcool.

H. *Étiologie.* — L'étiologie de l'ivresse est aussi variée que les nombreuses préparations alcooliques, que le génie inventif de l'homme a livrées, dans les diverses parties du monde, aux besoins et aux passions humaines; elle est aussi variée que les conditions les plus diverses où peut se trouver l'homme, au moment où il se met sous l'influence des liquides énivrants : c'est dire que, dans son étiologie, il faut avoir égard aux nombreux facteurs suivants :

1er. Nature, composition et force de la boisson énivrante;

2e. Quantité de liquide alcoolique ingéré;

3e. Conditions et circonstances dans lesquelles se trouve le corps au moment des excès de boisson;

4e. Constitution, tempérament, idiosyncrasie, disposition héréditaire du buveur;

5e. Profession, habitude, position sociale de celui-ci;

6e. Age, sexe;

7e. Climat;

8e. Saison;

9e. Usage concomitant d'autres excitants;

10e. Voie d'absorption par laquelle se produit l'ivresse;

11e. Causes diverses, telles que réplétion ou vacuité de l'estomac, vomissements, etc.

Bien que l'ivresse constitue en tous lieux et dans toutes les conditions la même calamité et conserve le même fonds de déchéance qui met l'homme, être pensant, au niveau de l'animal, être instinctif, elle offre cependant, sous l'influencedes facteurs étiologiques qui précèdent, des nuances, des modalités assez importantes pour mériter une mention spéciale et une étude particulière.

1. Nature du liquide alcoolique. — Ce n'est pas seulement la nature du liquide alcoolique, c'est encore la nature de l'alcool lui-même, qui doit entrer en ligne de compte dans l'exposé des modifications éprouvées par l'ivresse, sous l'influence de ces diversités de composition. Les nombreuses espèces d'alcool n'ont pas sur l'économie humaine une action complètement identique dans toutes leurs manifestations, et l'ivresse qu'elles produisent offre des modalités souvent différentes. Dans les liquides alcooliques, il y a dès lors à considérer d'abord la nature de l'alcool lui-même, ensuite le liquide alcoolique pris dans son ensemble, en tant que composé d'un nombre plus ou moins grand de substances hétérogènes, dont chacune peut avoir son influence particulière.

Des différentes espèces d'alcool. — Cinq espèces d'alcool de nature différente contribuent à donner aux produits commerciaux leur qualité particulière. Ce sont les alcools éthylique, propylique, butylique, allylique et amylique.

Peu d'expériences ont été instituées avec ces différents alcools au point de vue spécial qui nous occupe; il serait assez difficile de décrire les variétés que présentent les ivresses qu'ils occasionnent; il est fort probable que la gravité de celles-ci s'accroît en proportion de la toxicité de l'alcool; mais jusqu'ici les expériences exactes faites sur les animaux seuls ne permettent pas d'en déduire les phénomènes qui pourraient se produire chez l'homme.

D'après Dujardin-Beaumetz et Audigé, l'ensemble symptomatique est à peu près le même, et les seules variations consistent simplement dans la rapidité de l'évolution des phénomènes et dans leur intensité. Ainsi, lorsqu'on administre les alcools propylique, butylique et amylique, la période d'excitation suit de près l'administration du poison; elle est bien plus marquée que celle qui est due à l'alcool éthylique, mais, en revanche, elle cesse bientôt pour faire place aux périodes de résolution musculaire et de collapsus. Ces dernières, comparées à celles de l'alcool éthylique, sont aussi relativement courtes; la paralysie devient bientôt générale et complète; l'insensibilité suit de près; la température descend rapidement. Les vomissements qui manquaient quelquefois avec l'alcool éthylique, deviennent ici la règle et se répètent toujours à de courts intervalles pendant toute la première phase de l'intoxication. Quant aux trémulations musculaires, signalées comme l'exception avec l'alcool précédent, elles ont toujours été observées avec ce nouveau poison, et elles se sont montrées d'autant plus

entières et plus durables que l'alcool était plus élevé dans la série atomique (1).

Des différents liquides alcooliques. — La bière. — La bière est, de tous les liquides alcooliques, celui qui produit le plus difficilement l'ivresse; certaines d'entre elles cependant, notamment les bières anglaises fortement alcoolisées, possèdent déjà une action enivrante d'autant plus forte qu'elles sont artificiellement plus chargées d'alcool; s'il faut, en effet, des doses énormes de bière contenant de 1 1/2 à 4 p. c. d'esprit pour produire une influence évidente sur le système nerveux, celui-ci se laisse déjà facilement impressionner par des liquides dont la contenance est de plus de 7 p. c., quand elles sont naturelles, et au-delà quand leur force est artificiellement augmentée. On peut donc conclure que, en général, la bière, à moins d'être sophistiquée ou prise à des doses trop fortes, n'exerce pas d'influence bien destructive sur le système encéphalique.

Cependant il n'est pas rare de voir un certain degré d'ivresse produit au moins par l'usage exclusif d'une quantité excessive de bière; cette ivresse offre, dit-on, des caractères particuliers : le buveur de bière serait plus lourd et plus stupide; l'ivresse qu'elle occasionne est lente, pesante, durable, et en même temps la plus longue de toutes à se dissiper, à cause de la grande quantité de liquide qu'il a fallu avaler et du temps plus long qu'il met à s'éliminer. La première période est beaucoup moins prononcée, et c'est à travers des phénomènes d'une excitation ordinaire accompagnée d'une certaine gaieté — mais qui n'a rien de la légèreté de l'ivresse du vin — que se produit une

(1) Dujardin-Beaumetz. *Recherches expérimentales sur la puissance toxique de l'alcool*, p. 88.

somnolence hébétée suivie d'un assoupissement prolongé. L'excitation est souvent brutale; elle passe beaucoup plus rapidement à l'affaissement; les suites sont naturellement plus désagréables. Il ne faut pas oublier que, dans la bière, se trouvent en présence deux substances souvent antagonistes : l'alcool qui excite et l'essence de houblon qui déprime. Au début, c'est celle-ci qui a le dessus et occasionne cette incapacité au travail, cette lourdeur de l'intelligence que l'alcool ne fait disparaître que plus tard.

L'excessive variabilité de composition, qui caractérise aujourd'hui, non seulement les bières des différents pays et des différentes localités, mais encore celles d'une même espèce et d'une même provenance, ne permet pas d'assigner à son action enivrante des caractères plus nettement définis. D'un autre côté, la bière intervenant assez rarement comme cause exclusive d'ivresse, il est tout aussi difficile de distinguer ce qui, dans l'ensemble des phénomènes, revient à un facteur plutôt qu'à l'autre.

Cette étude reste à compléter et peut-être à commencer en entier; la tentative qu'a faite le dr Boëns, prouve toutes les difficultés dont seront entourés des essais de ce genre, où il est difficile de faire abstraction des éléments étrangers qui viennent à chaque instant vicier les résultats obtenus.

Quand le dr Boëns a constaté que la bière de Bavière et encore celle fabriquée à Charleroi, occasionnaient parfois des ivresses comateuses avec congestion cérébrale intense et douleur térébrante excessivement violente de l'encéphale, il l'a fait dans des conditions telles que ses observations cliniques n'offrent pas toutes les garanties exigées par la science. Bien que les assertions de M. Boëns n'aient pas encore été contredites, aucune étude complémentaire n'est venue en confirmer la réalité.

Un autre point de vue de la question est resté jusqu'à ce jour dans une obscurité trop profonde, c'est celle des falsifications de la bière et de leur influence sur la production de l'ivresse. Il n'est guère possible que les produits toxiques tels que la douce-amère, le taxus boccata, la gentiane, la stramoine, l'ellébore, la colchique, la vératrine, la coque du levant, l'opium même que l'on y ajoute, ne lui communiquent pas des propriétés gravement enivrantes; c'est peut-être à elles que sont dues ces ivresses violentes, anormales, que l'on rencontre parfois à la suite de l'usage immodéré de certains produits des brasseries étrangères. Ici cependant nous ne pouvons émettre que des suppositions : notre expérience personnelle ne nous a jamais fourni d'observations probantes et nous n'avons trouvé ailleurs aucun document de nature à nous éclairer sur ce sujet cependant fort intéressant.

Vin. — Le vin est la plus aimable des boissons, et, de toutes les liqueurs alcooliques, celle qui produit l'ivresse la plus gaie et la plus agréable. Il est bien entendu qu'il ne peut être ici question que du vin naturel et non de ces nombreuses liqueurs qui, sous le nom de vins, ne sont qu'un mélange plus ou moins artificiel de substances diverses, dont un alcool peut-être impur, constitue l'élément essentiel. Ces liqueurs ont tous les inconvénients des alcools de nature autre que l'alcool éthylique, et l'ivresse qu'elles produisent se ressent évidemment de la qualité des alcools qu'elles contiennent. La rapidité de production de l'ivresse par le vin dépend de sa contenance en alcool, et celle-ci varie depuis le vin de détail de Paris, qui en contient 8 p. %, jusqu'au vins de Porto et de Madère, qui en renferment 20 p. %. Mais il est à remarquer que si l'on voit

parfois les petits vins produire des ivresses rapides, lourdes, pénibles et souvent graves, cela tient aux sophistications dont ils sont l'objet et à l'alcool de mauvaise nature qu'ils renferment. Le vin pur, quelle que soit sa qualité, ne doit contenir que de l'alcool éthylique, dont l'action enivrante est celle qui offre le moins d'inconvénients.

Ce sont les vins blancs qui donnent lieu à l'ivresse la plus profonde; celle du vin de Champagne est folle, gaie et facile à dissiper, peut-être à cause de son action diurétique, qui amène l'élimination rapide de ses éléments.

Eaux-de-vie ou alcools du commerce. — Ces liqueurs ne présentent pas de composition fixe et définie, et elles en présentent d'autant moins que même celles qui, par leur provenance bien déterminée, pourraient offrir quelque garantie d'uniformité, sont trop souvent l'objet de fraudes et de sophistications qui en modifient complètement la nature. Quoi qu'il en soit, il résulte encore des expériences d'Audigé et Dujardin, que ce sont les eaux-de-vie de vin dont l'action toxique est la moindre et que ce sont, par conséquent, celles qui se rapprochent le plus de l'alcool éthylique.

Eaux-de-vie de marc de raisin. — D'après Basset (1) l'ivresse produite par ce liquide serait beaucoup plus grave que celle occasionnée par les alcools viniques; elle porterait à la férocité, occasionnerait souvent des accidents mortels, et son usage prolongé userait rapidement et d'une façon assez marquée les fonctions cérébrales; cette atteinte grave dépendrait surtout de l'huile essentielle de pepin que renferment ces eaux-de-vie.

Eaux-de-vie de cidre, de poiré et de pommes de terre. — Celles-ci paraissent amener une ivresse beaucoup plus

(1) *Guide du fabricant d'alcool*, t. III, p. 317.

rapide que les autres boissons alcooliques. Les eaux-de-vie de grains, celles peut-être qui sont les plus employées aujourd'hui, produisent une ivresse grave, mais qui ne semble avoir aucun caractère particulier.

Les plus nuisibles de toutes sont les eaux-de-vie de pommes de terre; l'ivresse en est profonde, l'atteinte cérébrale grave; la période d'excitation violente n'a que peu de durée et est rapidement suivie d'affaissement, de prostration et de coma.

2. *Quantité de liquide alcoolique ingéré.* — Il serait impossible de fixer, même approximativement, la quantité d'alcool ou de liqueur alcoolique nécessaire à la production de l'ivresse. Chez l'un, un peu d'alcool ou quelques verres de vin occasionnent déjà une ébriété bien caractérisée; chez l'autre, des quantités excessives attaquent à peine l'intégrité cérébrale.

L'action enivrante de l'alcool est-elle assujettie à l'accoutumance? C'est-à-dire l'homme s'habitue-t-il à son action progressive de manière à finir par ne plus en ressentir les effets ébrieux?

L'expérience répond négativement. Ce n'est pas à dire que le cerveau ne s'endurcisse pas quelque peu à son action, et qu'il ne faille pas des doses plus fortes d'alcool chez un vieil ivrogne, pour produire l'ivresse, qu'il ne lui en a fallu au début de ses excès; mais le cerveau ne s'habitue pas aux alcooliques, au point de n'en plus ressentir les effets, la sensibilité et la susceptibilité individuelle peuvent diminuer; l'action réelle persiste jusqu'au bout.

3. *Conditions et circonstances dans lesquelles se trouve le corps au moment des excès de boissons.* — Tout ce qui facilite l'absorption de l'alcool activera, tout ce qui empêche son

absorption retardera la production et l'intensité de l'ivresse. Les excès faits à jeun rendront l'ébriété facile, rapide et grave; faits en même temps qu'un repas copieux, ils sont moins dangereux et moins préjudiciables : la présence de matières grasses, ralentissant l'absorption, retarde d'autant l'ivresse. Les émotions morales vives, les chagrins, la colère aggravent l'action enivrante des alcools et peuvent amener une véritable ivresse là où, dans des dispositions normales, l'alcool serait resté sans effet. Un changement brusque de température, la transition d'un air chaud à un air froid ont une influence notablement aggravante. Cet effet a été attribué à la suppression brusque de la transpiration, qui arrête subitement une des voies d'élimination de l'alcool; mais il est bien plus probable que l'influence déprimante du froid sur le système nerveux, déjà déprimé par l'alcool, a une action beaucoup plus énergique que celle admise par Roesch. De même, la production de l'ivresse est moins rapide et plus légère, eu égard aux doses d'alcool absorbées, quand celui qui en abuse se livre à un travail rude, à un exercice musculaire violent, surtout en plein air; le repos, le confinement dans un espace étroit, au contraire, facilite et prolonge l'ébriété; cet état est évidemment en rapport avec la facilité ou la difficulté de l'élimination A ces conditions se rapportent les influences des diverses professions sur l'ivresse, influences qui ne dépendent pas tant de la profession elle-même que des conditions dans lesquelles elle s'exerce, et qui ne sont ainsi que fort indirectes. L'anémie, la faiblesse, la débilité, la convalescence des maladies graves sont favorables à la production de l'ébriété.

4. *Constitution.* — En dehors des questions de débilité générale et d'affaiblissement constitutionnel, soit hérédi-

taires, soit acquis par suite de maladie, la constitution — au moins telle qu'on l'entend généralement — n'a guère d'influence bien marquée sur l'alcoolisme aigu.

L'on a bien dit que l'homme sanguin, phlétorique, avait l'ivresse gaie, folle et bruyante, avec grande propension à l'agitation et aux plaisirs sensuels; que l'homme bilieux était emporté, querelleur, souvent furieux ou bien méchant, enclin à la vengeance et à la cruauté; que l'ivresse, chez l'homme nerveux, était surexcitée, extravagante, bizarre, insensée; enfin que le tempérament lymphatique la rendait plus indolente, plus lourde et plus stupide.

Il peut y avoir du vrai dans certaines de ces appréciations; l'expérience prouve malheureusement que ces trop nombreuses particularités distinctives constituent bien plus l'exception que la règle; le cachet de l'ivresse dépend de l'idiosyncrasie encore peu connue du sujet plutôt que de toute autre cause.

5. *Dispositions héréditaires. — Tempéraments.* — Ces conditions natives ou acquises ont au contraire une influence puissante sur l'ivresse, son développement et sa nature. Il existe deux espèces de tempéraments nerveux : le tempérament névro-pathique et le tempérament psycho-pathique; le premier se caractérise surtout par la facilité des lésions de la motilité, les convulsions et les spasmes; le second, par la prédominance des lésions intellectuelles, la facilité du délire et des troubles émotifs. C'est surtout ce dernier qui prédispose à l'ivresse : ceux qui en sont doués sont d'une susceptibilité excessive aux alcools. Outre que, comme nous le verrons plus tard, ce sont eux qui fournissent le plus d'observations aux ivresses anormales, ce sont encore eux qui ont les ivresses les plus rapides et les plus

singulières. Les moindres doses d'alcool suffisent pour les enivrer, et leur ébriété est surtout caractérisée par l'inconscience et les troubles de l'intelligence : la première période est en général très courte et l'incohérence intellectuelle s'établit presque d'emblée, avant même que la motilité ne soit atteinte; l'ivresse est plus souvent bruyante, tapageuse, aggressive et d'autant plus indomptable que la conscience sombre plus vite.

6. *Sexe. — âge.* — L'alcool produit plus rapidement l'ivresse chez la femme et les enfants que chez l'homme et le vieillard; mais l'ébriété elle-même ne présente aucune modification notable en dehors de sa rapidité et de son intensité (1).

7. *Climat. — Saison. — Température.* — L'influence de la température sur la production de l'ivresse est loin d'être parfaitement déterminée. On admet cependant généralement que la chaleur favorise et aggrave l'ébriété, tandis que le froid la retarde et en diminue l'intensité. Bergeret (2) a bien affirmé le contaire, prétendant que le froid devait être considéré comme une cause activante de l'ivresse; mais nous croyons que l'auteur s'est plutôt laissé guider dans ses affirmations par une idée théorique que par l'observation elle-même. S'il est vrai qu'en hiver la transpiration et la respiration rendent beaucoup moins actives les excrétions, celles-ci sont suppléées par l'excrétion urinaire, et la somme

(1) Cependant, en raison de cette rapidité de production, l'ivresse offre chez l'enfant un cachet assez particulier : la première période est très courte et le trouble avec incohérence dans le fonctionnement intellectuel comme dans la conduite et les actes s'établit d autant plus vite que l'enfant est plus jeune; cette période aboutit de nouveau assez rapidement à l'anéantissement et au collapsus, et cela d'autant plus facilement que le jeune âge de l'enfant offre une prise plus facile au poison. — *Note de l'auteur;* avril 1884.

(2) *De l'abus des alcooliques*, p. 252.

d'élimination de l'un comme de l'autre côté semble devoir rester stationnaire. Il est du reste d'expérience que, dans les pays chauds et en été, l'ivresse se produit plus rapidement, avec plus d'intensité et à la suite de moindres doses d'alcool que dans les pays froids et en hiver.

Autre chose est l'influence du froid sur la production et l'intensité de l'ivresse, et son influence pendant l'ivresse. Nous nous sommes suffisamment expliqué plus haut sur cette dernière circonstance, et si Tardieu a pu citer un grand nombre d'exemples d'individus qui, en hiver, sortant des cabarets en état d'ébriété profonde, succombaient inopinément, à quelque distance de là, au milieu d'une torpeur et d'un engourdissement progressif, c'est bien parce que le froid venait ajouter à celle de l'alcoolisme, son influence néfaste sur le système nerveux.

8. *Usage concomitant d'autres excitants.* — On prétend que l'usage concomitant du tabac accélère la production de l'ivresse et en aggrave l'intensité; il en serait de même de toute excitation morale, animation, conversation, chants, danse, etc., etc. La chose est probable, si l'on songe que ces divers états sont toujours accompagnés d'une suractivité circulatoire, principalement des centres nerveux, qui vient ajouter son influence à celle qu'y occasionnent déjà les alcooliques eux-mêmes.

Voies d'absorption. — Les voies d'absorption ne sont pas sans influence sur l'ébriété; les injections hypodermiques ou intraveineuses la produisent rapidement; à la suite de l'absorption gastrique, elle est plus lente, et elle est plus lente encore à la suite de l'absorption pulmonaire, ce qui arrive parfois quand le sujet reste longtemps exposé dans des endroits clos où sont renfermées de grandes quantités

d'alcool. L'absorption plus lente rend l'ivresse incomplète et bornée à une légère excitation avec un état vertigineux prolongé. Il est, du reste, prudent de se méfier d'observations de ce genre, où l'absorption pulmonaire n'a que trop souvent servi d'excuses à des pratiques répréhensibles.

2. IVRESSES ANORMALES OU PATHOLOGIQUES.

Nous désignerons sous le nom d'ivresses anormales ou pathologiques, les accès d'exaltation mentale et d'excitation motrice ou de véritable fureur maniaque, qui se produisent sous l'influence des alcooliques chez les personnes prédisposées.

Cette définition exclut de la classe des ivresses pathologiques les manies alcooliques graves ou suraiguës, qui se présentent avec des symptômes de violence aussi prononcée, mais que le caractère du délire alcoolique (trouble émotionnel et désordre hallucinatoire) rapproche absolument de la folie alcoolique véritable, dont elles ne constituent qu'une simple variété.

Les formes de l'ivresse anormale sont fort diverses et d'autant plus variées, que l'élément principal constitutif n'est pas le syndrome de l'ivresse, mais dépend du fonds maladif de celui qui s'enivre; l'alcool n'est que la mèche qui allume l'incendie, et celui-ci variera évidemment suivant la nature des matériaux sur lesquels il portera.

L'ivresse pathologique qui, à proprement parler, n'en est pas une, sera autre chez le névropathe que chez l'épileptique, autre chez l'épileptique que chez le dipsomane, autre chez l'alcoolisé chronique que chez l'aliéné.

La question de la nature de ces manifestations est une des plus délicates de la pathologie alcoolique. Désirant ne

pas préjuger la solution, nous avons cru devoir leur consacrer un chapitre spécial, qui servira d'intermédiaire entre les ivresses réelles ou normales et les folies alcooliques véritables.

Dans le cadre de cette variété d'alcoolisme aigu, viennent se ranger l'ivresse maniaque ou furieuse et l'ivresse convulsive.

A. *Ivresse maniaque.* — La vie psychique éprouve dans l'ivresse maniaque les désordres les plus variés, et qui sont d'autant plus difficiles à déterminer, que l'amnésie trop souvent complète n'en laisse plus guère de traces à la fin de l'accès.

Symptômes prodromiques. — L'ivresse maniaque débute, en général, d'une manière presque subite, parfois après l'absorption d'une dose insignifiante d'alcool, d'autres fois après des excès véritables; mais alors, ceux-ci ont souvent déjà cessé. Le passage d'un calme complet à une surexcitation furieuse a lieu presque intantanément, et tout aussi instantané est le retour à l'état normal. Quand quelques légers symptômes ont précédé l'invasion d'un aussi redoutable accès, ce sont plutôt des manifestations physiques que des désordres psychiques, et ceux-ci sont, en général, loin d'être en rapport avec la gravité de la crise alcoolique : une certaine concentration mentale, une légère inquiétude morale, un peu d'irritabilité nerveuse en constituent les principaux symptômes.

Des désordres congestifs, de la rougeur de la face, de la céphalalgie, une sensation de pesanteur, de tension, des battements dans le cerveau, un sentiment de malaise général, une légère anxiété précordiale avec un peu d'étouffement, quelques battements de cœur, un état vertigineux,

des bourdonnements d'oreilles ou des sensations lumineuses devant les yeux forment l'ensemble des phénomènes dont quelques-uns constituent parfois des prodrômes légers et fugaces de l'ivresse furieuse.

Période d'état. — Elle se caractérise surtout par une agitation maniaque indomptable et incoercible, des actes d'une violence inouïe, des passions portées jusqu'à la fureur, une vive exaltation des penchants et des impulsions, une incohérence complète de l'idéation, une excitation violente de la volonté, une inconscience et une amnésie complètes.

L'exubérance de la motilité, qui est un des caractères principaux de l'affection, ne se traduit plus ici, comme dans la manie suraiguë, en mouvements simplement désordonnés, qui aboutissent à la bizarrerie des actes et à l'incohérence de la conduite, mais bien à de véritables emportements de fureur et à de violents accès de rage, au milieu desquels dominent les scènes de destruction et de meurtre. La force que déploient ces furieux est souvent excessive, au point que six hommes parviennent quelquefois difficilement à les contenir. C'est une colère sauvage, une fureur aveugle qui les domine et les porte aux manifestations les plus désordonnées à l'égard de leur entourage; ils s'en prennent aux personnes comme aux choses, et, dans leur emportement irrésistible, ils portent autour d'eux la désolation, l'homicide et l'incendie.

En plus de l'agitation maniaque, il y a l'impulsion destructive : c'est une colère furieuse que la brute sent le besoin d'assouvir, et aveuglément, instinctivement, les objets inanimés comme les êtres animés deviennent ses victimes ; c'est un véritable carnage automatique.

Et ce désordre de la motilité, ce besoin instinctif de mou-

vement poussé jusqu'à son paroxysme, se traduit jusque dans l'appareil entier de l'élaboration et de l'articulation de la parole. A côté des vociférations, des menaces, des jurements encore intelligibles, l'on remarque fréquemment de ces sons inarticulés, des beuglements et des mugissements qui ne sont que l'expression incohérente de la musculation vocale.

La vie sensorielle n'éprouve dans l'ivresse maniaque aucun désordre sérieux, et ceux qui existent sont, en général, difficiles à déterminer exactement, parce que l'amnésie souvent complète a fait disparaître jusqu'aux dernières traces de leur existence. Les différentes perceptions sensorielles sont d'ordinaire fugitives, souvent incomplètes, parfois nulles et, par exception, troublées. Alors c'est le monde extérieur qui apparaît complètement faussé et ne donne plus aux furieux que des impressions bizarres, étranges; le plus souvent cependant, comme le prouvent toutes les observations qui suivent, la vie sensorielle ne semble subir aucune modification notable; il n'existe ni illusions, ni hallucinations, ni aucun trouble sensoriel qui soit capable d'expliquer la violente fureur qui s'est emparée du malade. Il en est tout autrement de la forme maniaque suraiguë de la folie alcoolique. Là, le trouble sensoriel forme le fonds morbide même. S'il est souvent difficile de se rendre directement compte de son existence, la conduite, les actes, les paroles qui échappent à l'alcoolisé furieux en démontrent suffisamment la réalité. Plus d'un crime commis dans ces moments de fureur a dû trouver sa cause déterminante dans un trouble hallucinatoire terrifiant qu'il n'est malheureusement pas toujours facile de démontrer.

Mais, si cette aveugle colère ne se comprend que trop

bien quand, à la suite d'illusions ou d'hallucinations, l'alcoolisé se voit entouré d'ennemis, de meurtriers qui lui lancent le poison et la mort, se trouve au milieu de lieux horribles, de dangers épouvantables, ou plongé dans les tortures les plus atroces, elle devient bien plus difficilement explicable dans l'ivresse furieuse, et l'on ne peut trouver sa raison d'être que dans la lésion de ce fond obscur de la nature humaine, origine des mobiles de nos actes, et qui constitue les penchants et les impulsions.

La vie intellectuelle n'est pas moins profondément troublée que la vie sentimentale, et elle l'est dans son contenu comme dans sa manière d'être. L'idéation n'est plus qu'une suite incohérente de phrases décousues, débitées avec force, sans autre association qu'une impression fugace ou une consonnance accidentelle. Tantôt ce sont d'horribles menaces proférées avec violence et colère; tantôt c'est un véritable déluge de paroles sans suite, déclamées avec fureur, accompagnées de gestes effrayants, de mouvements tumultueux, où percent toutes les passions humaines, la haine, la colère, la vengeance, et qui dénotent que la perversion de la sphère sentimentale a atteint son paroxysme. La fureur, une véritable rage, constitue le caractère dominant des actes et de la conduite du malheureux en proie à ce transport alcoolique. Le moindre incident la provoque; une parole, un regard, un fait des plus insignifiants suffit pour amener le malade à des paroxysmes de violence et de colère, qui se traduisent en scènes de destruction et de meurtre. Il est presque certain que les troubles sensoriels si graves dans la folie alcoolique, et qui placent l'alcoolisé véritable dans un milieu hostile ou effrayant, font absolument défaut dans l'ivresse pathologique où le patient

semble conserver assez longtemps une certaine notion exacte du milieu où il se trouve.

Mais ici encore, comme dans les autres sphères de la vie morale, il arrive un instant où toute conscience disparaît, et où le trouble complet et la réaction aveugle forment l'unique fonds morbide. Si, à certaine période, une volonté non pas libre, mais peut-être encore motivée, continue à présider à certains actes, elle est bien vite dominée par l'impulsion instinctive, automatique qui, avec le désordre de la motilité, constitue le véritable caractère de l'affection.

L'inconscience est du reste bien vite complète, l'obscurité intellectuelle absolue : c'est, poussé à son plus haut degré, le délire fébrile, ce délire absolument inconscient et dont l'automatisme est la représentation la plus véridique.

Ces nombreuses manifestations de la vie psychique sont presque toujours accompagnées d'un ensemble de phénomènes physiques que traduisent au dehors une lésion presque constante, l'hyperémie des centres céphaliques : chaleur à la tête, front brûlant, injection des yeux qui sortent de leurs orbites; regard fiévreux, égaré; dilatation des pupilles; le facies est rutilant; la physionomie est animée, sauvage, grimaçante; salivation abondante; sputation; la respiration est plus fréquente et irrégulière; la circulation accélérée : le pouls atteint cent pulsations; les artères battent avec force et ampleur; les battements des carotides sont visibles à l'extérieur; les veines gorgées et bleuâtres; la peau est chaude, souvent couverte de sueur; les urines rares, de même que les selles. Les organes des sens sont d'une sensibilité extrême : la lumière éblouit; le moindre bruit est ressenti douloureusement.

La description qui précède est celle de la forme-type de

l'ivresse pathologique; il est cependant facile de comprendre que le fonds morbide sur lequel elle naît, doit parfois en modifier la modalité clinique. La fureur qui se révèle d'ordinaire par des accès de violence extrême, par un déploiement de force motrice extraordinaire, peut être beaucoup plus concentrée et se résumer en quelques actes d'éclat, tels que homicide ou suicide : les observations IV, V, VI en sont des exemples frappants.

Nous croyons que la cause de plus d'un suicide survenu pendant l'alcoolisme aigu ne doit être exclusivement recherchée que dans l'existence de cette ivresse pathologique, dans cette espèce de fureur aveugle qui, poussant l'homme contre lui-même, le conduit à un acte d'éclat dont le suicide est une des expressions les plus fréquentes.

Marche. — Durée. — Terminaison. — Aussi rapide et imprévue a été l'invasion, aussi brusque est la terminaison de l'ivresse furieuse. C'est à peine si quelque légère diminution dans l'intensité des symptômes paraît faire supposer une tendance à l'amélioration, quand, presque tout à coup, un profond épuisement succède à l'intensité formidable de l'agitation; le malade tombe dans un assoupissement profond : un sommeil léthargique parfois de 12 à 24 heures vient complètement et irrémédiablement mettre fin à une scène de fureur. C'est un véritable épuisement de la force active des cellules de la couche corticale, et c'est pendant ce sommeil que se refait leur vitalité un moment anéantie. Et, ce qu'il y a de plus caractéristique dans cet état, c'est le rétablissement complet de l'activité antérieure sans persistance de la moindre manifestation morbide. Le malade retourne à ses occupations ordinaires comme s'il avait joui du sommeil le plus calme dans les conditions les plus

favorables. Et, comme pour rendre l'illusion plus complète, une amnésie presque absolue, et d'autant plus absolue qu'elle se rapproche davantage de l'accès ébrieux, vient enlever jusqu'au moindre souvenir d'une période aussi agitée. Dans les circonstances les plus favorables, là où la crise cérébrale a été la moins violente, le souvenir le plus précis n'est que celui d'un mauvais rêve dont il reste une impression vague et désagréable.

La terminaison n'est cependant pas toujours aussi heureuse; parfois l'on voit un véritable état comateux remplacer l'assoupissement et amener la mort sous l'influence des exsudations sanguines ou séreuses auxquelles donne lieu la congestion méningienne.

Observation I. — Elle concerne un ancien militaire établi comme aubergiste et vivant d'une vie assez tranquille jusqu'à son mariage. A la suite de discussions de famille, sa femme quitte le toit conjugal pour suivre un amant. Le jour de l'événement, le mari semble fortement attristé, ne laisse cependant paraître aucune de ses intentions ni aucun de ses projets, sert ses clients comme à l'ordinaire avec calme et empressement, mais ne prend pendant toute la journée ni aliments ni boissons, sa mauvaise femme lui ayant fait perdre tout goût de manger et de boire.

Vers le soir seulement, alors qu'il n'y avait plus à l'auberge que quelques habitués, il vint, fatigué des corvées de la journée, s'asseoir à côté d'eux en disant : « J'ai eu aujourd'hui une maudite journée! » puis, s'emparant d'une bouteille de vin rouge placée sur le comptoir, il s'en versa un grand verre et l'avala en plusieurs gorgées à quelques instants d'intervalle. A peine avait-il absorbé le liquide, qu'il se leva et se rendit dans la chambre voisine, dont il

referma la porte avec bruit. Quelques minutes plus tard les assistants semblèrent entendre un bruit inusité, et une odeur désagréable sortit de la place. Accourant aussitôt, ils virent avec effroi que le lit de Sz. était en feu et que celui-ci y jetait du vieux bois pour attiser les flammes. Comme ils se mirent à lui crier : « Mais Sz., que fais-tu donc là? il leur répondit, roulant des yeux furieux et d'une voix tonnante : « Allez-vous en au diable, ou je vous tue comme de mauvais chiens. » Alors, s'emparant d'un révolver à sa portée, il leur hurla de nouveau : « Allez-vous en, vous dis-je, sinon il vous en cuira. »

Terrifiés, les assistants ne se le firent pas répéter deux fois, et, tout en mettant leurs personnes en sûreté, firent avertir les autorités, qui arrivèrent avec de nombreux renforts pour s'emparer du furieux. Le feu avait fait de grands progrès; le plancher était atteint et la fumée était déjà si intense que l'on parvenait à peine à distinguer quelque chose. Au milieu du feu et de la fumée, on voyait apparaître Sz. debout, le révolver à la main et proférant les plus grossiers jurons : il lâcha aussitôt la détente de l'arme, heureusement sans blesser personne. C'est alors que l'on se jeta inopinément sur lui et qu'il fut terrassé; mais il fallut un combat de vingt minutes pour permettre à six hommes forts, après une résistance désespérée, de s'en rendre maîtres et de le traîner plutôt que de le conduire en lieu sûr. Pendant tout ce temps, il ne cessa de s'emporter en invectives à l'égard de ceux qui le domptaient, et les appelant chacun par leur nom, leur reprochant leurs fautes et leurs vices; l'un était un voleur, l'autre un endetté, le troisième un ivrogne, un autre un homme de mauvaises mœurs, etc., etc.

Au dépôt, où on le lia dans une cellule, on l'entendit encore jurer et rugir sans discontinuer durant environ trois heures.

Vers minuit, un calme presque subit se produisit; Sz. s'était endormi et continua à dormir pendant seize heures de suite d'un profond sommeil. A son réveil, il ne voulut absolument pas admettre la réalité des événements dont il avait été l'objet. Sa mémoire s'arrêtait juste au moment où, ayant avalé le verre de vin, il se rendit dans la chambre voisine. Il fut soumis à une longue investigation médico-judiciaire : tous les renseignements l'ont toujours représenté comme un homme d'une conduite irréprochable, capable, modeste, tranquille et réservé. Ce n'avait jamais été un buveur véritable, mais il pouvait cependant boire, sans aucune incommodité ni inconvénient pour sa santé, de la bière, du vin et même de l'alcool.

Depuis la crise qui lui est survenue, il éprouve une véritable répulsion pour toute liqueur alcoolique, au point qu'il ne sait plus même en sentir l'odeur sans se trouver indisposé; il n'a pu être constaté aucune trace d'hérédité, mais dans son jeune âge et pendant son service militaire, Sz. avait été atteint de fièvre intermittente grave (1).

Observation II. — S. A., caporal, est un homme d'une bonne constitution et qui a jusqu'ici mené une vie calme et tranquille; il est commandé pour procéder avec quatre hommes à la visite des cabarets; dans l'un d'eux on lui offre un grog et du rhum. Une dispute s'étant élevée entre les habitués du lieu, il se met en devoir d'aplanir le différend et de rétablir la paix entre les exaltés; mais, tout en

(1) Otto Schwartzer. *Die transitorische Tobsucht.* Observation, page 130; traduit par F. Lentz.

s'efforçant de calmer les autres, il tombe lui-même en proie à une exaltation tellement violente qu'il frappe à tort et à travers; le cabaretier veut l'apaiser, mais le caporal appelle ses soldats et continue à frapper comme un forcené, poignarde un des assistants, en blesse un autre, et ce n'est qu'avec peine que ses soldats parviennent à le désarmer et à le lier. Dès qu'on se fût assuré de lui et qu'on lui eut enlevé ses armes, il se calma et se laissa conduire au corps de garde. Là il dormit quelques heures d'un sommeil tranquille, s'éveilla en pleine connaissance, mais ne conservant absolument aucun souvenir de tout ce qui s'était passé depuis le commencement de son exaltation jusqu'au moment de son réveil (1).

Observation III. — M. Cz., âgé de 33 ans, ayant fait son terme de service militaire, est employé comme surveillant à l'asile d'aliénés du dr Frantz Schwartzer, à Ofen. D'une stature trapue, court de cou, lymphatique, il a jadis souffert d'affection de poitrine; en dehors de là, jouissant d'une bonne santé; du reste homme très rangé et honorable. d'une sobriété remarquable, très exact dans son service; caractère tranquille; très convenable à l'égard de ses supérieurs.

Ayant un jour sollicité et obtenu sans difficulté la permission de ne rentrer qu'à 10 heures du soir, il quitte l'établissement vers 6 heures. Il n'était pas 8 heures, quand on vint avertir le directeur que Cz. se trouvait dans un estaminet à quelques centaines de pas de l'asile et que, dans un état d'ivresse très avancée, il continuait à s'y livrer à de véritables accès de fureur, et qu'il n'y avait moyen ni de

(1) *Zeitschrift für civil und criminal Rechtspflege* im *Hannover*, I, page 54-64; traduit par F. LENTZ.

l'éloigner ni de l'apaiser. L'assistance du personnel de l'asile était requise pour le mettre à la raison. Cz., au dire du messager, avait probablement déjà fait ailleurs de copieuses libations, car il se trouvait à peine depuis une demi-heure à l'estaminet où il s'était fait servir un demi-litre de vin ; il l'avait bu en silence, et s'était, quelques minutes après, levé furieux de sa chaise, avait tout renversé autour de lui et frappé à coups de poing tous les assistants.

Le médecin-inspecteur de l'asile, quoique étonné qu'un servant, d'ordinaire si sobre et si calme, se fût laissé aller à des excès aussi violents et à une ivresse aussi déréglée, se fit accompagner par deux surveillants jusqu'au local indiqué, d'où la violence de Cz. avait fait fuir tous les assistants, et où la famille du propriétaire s'était solidement barricadée.

A l'entré du médecin, Cz. était occupé, les yeux hagards, les globes oculaires saillants, la figure injectée, rugissant, l'injure, les jurons, la menace à la bouche, à essayer de démolir la barricade protectrice : « Personne ne s'échappera vivant, hurlait-il. »

L'inspecteur s'approchant de lui, lui dit d'un ton mesuré et sévère : « Rentrez avec moi à l'asile; je vous procurerai une place convenable où vous pourrez cuver votre vin à l'aise. » Alors, se retournant, Cz. se plaça, les bras croisés en face du médecin et lui lança ces paroles d'une voix vibrante : « Quoi ! moi, ivre ? Vous vous prétendez un aliéniste et vous soutiendrez que je suis ivre ! vous devriez être honteux ! » puis, s'emportant, il continua à adresser au médecin les plus viles et les plus grossières injures. Et comme on continuait à lui enjoindre de quitter les lieux, il tira de sa poche un couteau et s'élança sur un malheu-

reux hôte, qui venait précisément d'entrer et qui lui était totalement inconnu, en s'écriant : « Une minute, docteur, j'ai besoin d'en finir avec cet individu; je vous en prie, laissez-moi encore lui tordre le cou. »

Aussitôt les deux surveillants lui sautèrent au cou, et l'empoignant solidement, le poussèrent vers la porte, ce à quoi il n'opposa pas trop de résistance; mais, à peine arrivé au corridor, Cz. lança ses deux agresseurs contre le mur, et s'enfuyant à travers le jardin, gagna l'arrière-maison.

Le médecin-inspecteur voyant alors que le malheureux n'avait que trop raison, et qu'il avait affaire ici, non à une ivresse ordinaire, mais à un accès de fureur maniaque provoqué par l'alcool, se hâta de faire venir du renfort; mais ce n'était pas chose facile que de se rendre maître de Cz., qui était occupé à ravager le local où il s'était réfugié et à démolir et fracasser tout ce qui n'était pas solidement attaché. Pendant tout un quart d'heure, il opposa la résistance la plus vive, la fureur la plus sauvage à tous les efforts que faisaient six hommes solidement bâtis pour s'en assurer; d'un violent coup de poing il éloignait tantôt l'un, tantôt l'autre, les lançant au loin comme une simple balle élastique et s'écriant : « je suis de bon sang hongrois et ce n'est pas de moi que des brigands de votre trempe viendront si facilement à bout. »

Enfin, on parvint à s'en rendre maître et à le conduire à l'asile, et c'est d'un pas assuré et le regard hautain qu'il y entra, prodiguant à tout le monde les menaces, les injures et les jurons les plus grossiers. On le plaça en cellule, et un surveillant fut commis à sa garde; trois quarts d'heure s'étaient à peine écoulés que celui-ci vint annoncer que le furieux, après s'être débattu quelque temps encore, avoir

juré, tempêté, s'être démené comme un possédé, s'était tout à coup affaissé et endormi d'un profond sommeil.

Le lendemain matin, le malheureux Cz. se réveilla complétement remis de son épouvantable crise, et le plus étonné c'était lui de se retrouver dans une cellule de force. Quand on lui en raconta le motif, il se mit à verser d'abondantes larmes, maudit son malheureux sort et avoua que jadis il lui suffisait de boire quelques verres à peine pour tomber dans des crises tout aussi violentes. Les mêmes atteintes lui revinrent au service militaire, où elles furent qualifiées d'ivresses et lui attirèrent de sévères punitions. C'est depuis lors qu'il abandonna complètement et absolument tout usage d'alcoolique. La veille, n'ayant pas trouvé chez elle la personne à laquelle il avait eu l'intention de rendre visite, il s'en retournait à l'asile, quand, passant à côté d'un estaminet, il ne sut pas résister à la tentation de reprendre une fois encore un verre de vin après une si longue privation. Il n'en avait bu qu'un seul, qu'il n'avala encore que par 5 à 6 gorgées en un quart d'heure. C'est tout ce qu'il peut se rappeler; tout au plus, sait-il encore qu'il a ressenti de forts bourdonnements dans la tête et des éblouissements devant les yeux. De tout ce qui s'ensuivit, il n'a pas conservé le moindre souvenir.

Comme antécédents héréditaires, l'on ne peut signaler que cette circonstance qu'il est le seul survivant de huit enfants, qui tous moururent très jeunes; que lui-même eut une jeunesse fort maladive et qu'il souffrit longtemps de violentes céphalalgies, qui aujourd'hui ne se reproduisent plus qu'à de rares intervalles (1).

Cette observation offre un point excessivement intéres-

(1) Otto Schwartzer. *Loc. cit.*, p. 132; traduit par M. Lentz.

sant et remarquable, c'est l'absence de toute cause accidentelle, autre que l'alcool, capable d'expliquer l'invasion d'une si épouvantable crise maniaque. Il n'y a eu ni fatigue excessive, ni chaleur, ni changement brusque de température, ni colère, ni autre émotion morale vive. Une faible dose d'un liquide alcoolique fort léger a suffi, dans ce cas, à provoquer l'explosion presque instantanée d'une terrible atteinte de folie transitoire, dont la prédisposition seule existait alors.

Observation IV. — Le tome VI des *Annales médico-psychologiques* rapporte un exemple, bien que fort incomplet, d'ivresse furieuse. Un jour, après une consommation immodérée de vin blanc et de spiritueux, R... étant rentré au domicile conjugal, sa femme lui adressa quelques reproches. Tout à coup, il devint furieux, s'arma d'une hache, en asséna un coup terrible à sa femme, qui tomba baignée dans son sang; puis, ouvrant une fenêtre, il se précipita dans la rue. Bien que la hauteur de cette fenêtre fût de sept mètres environ, on le vit bientôt se relever et revenir dans la maison. Sous l'empire de l'exaltation où il était, il paraissait ne ressentir aucun effet de sa chute. A sa rentrée dans le logement, il voit sa femme qui s'était relevée à demi, aidée d'un de ses enfants; il saisit de nouveau la hache dont il l'avait déjà frappée, lui en porta un autre coup aussi terrible que le premier, et, une seconde fois, il se précipita par la fenêtre; on le ramassa terriblement mutilé.

Observation V. — Une observation, de nouveau incomplète, mais qui donne cependant un exemple bien évident, quoique méconnu, d'ivresse pathologique développée sur un fonds épileptiforme, est rapporté par Baillarger dans une note de sa traduction de Griesinger, page 148.

Un caporal et un soldat du régiment de ligne, après s'être enivrés avec de l'eau-de-vie, se prirent de querelle en rentrant au poste et bientôt en vinrent aux coups. Le caporal est puni et le soldat reçoit quelques réprimandes mais est laissé libre. Il reste parfaitement calme en apparence, mais essaie vainement de dormir, se tient ferme sur ses jambes, mais garde le silence. A 4 heures du matin, il prend un fusil chargé, entre dans la chambre où dormait l'officier et tire sur lui à bout portant. Heureusement la capsule seule éclate; l'officier éveillé eut à lutter contre son agresseur qui tentait de le tuer à coups de baïonnette, mais qui fut immédiatement arrêté. Cet homme, qui ne connaissait pas même l'officier et ne pouvait avoir de motifs d'animosité contre lui, ne témoigna d'abord aucun repentir de son crime; il répétait froidement qu'il regrettait de n'avoir pas réussi, qu'il avait commis ce méfait pour pouvoir être fusillé et commander lui-même le feu.

Aucune expertise médico-légale n'eut lieu et le soldat fut condamné à mort, mais sa peine fut commuée en celle des travaux forcés. Interrogé par Baillarger celui-ci constata que :

1° Le frère du soldat était épileptique ;

2° Qu'une des deux sœurs avait des accès d'hystérie;

3° Que lui-même avait eu deux accès de congestion cérébrale; une fois il était tombé sans connaissance, étant au bas de l'escalier, une autre fois étant à cheval.

Observation VI. — Planinz, 30 ans, est un buveur endurci, qui, à la suite d'une grave atteinte de typhus, présente une intolérance remarquable à l'égard des alcooliques.

Le 15 mars, il s'enivre en joyeuse compagnie. Subitement on le voit quitter le cabaret et se rendre chez le caissier, où il demande une avance d'argent, menaçant de se pendre

si on la lui refuse. Comme on l'invite à repasser dans quelques heures, il se rend chez lui, fait un paquet de ses habits, le porte chez le traiteur en lui disant : « Voilà mes affaires, je vais me pendre. » Puis il disparaît, monte sur un arbre, y fixe une corde et se pend. Immédiatement détaché, il est rappelé à la vie, mais non sans peine. Aussitôt il s'agite, se démène, et ce n'est qu'avec beaucoup de difficulté qu'on peut le maintenir et l'attacher.

Le lendemain il est calme mais épuisé, et c'est dans cet état qu'on l'amène à l'asile. Le 18, il revient à lui, excessivement surpris de sa situation et ne se rappelant absolument rien de ce qui s'est passé depuis le moment où il a quitté le cabaret. Le patient a l'esprit encore faible, se plaint de douleurs à la tête; les mains tremblent de même que les lèvres; les pupilles sont dilatées; il présente le catarrhe gastrique des buveurs. Le 26 ces symptômes ont disparu et le malade quitte l'hôpital (1).

B. *Ivresse convulsive.* — Les observations très intéressantes qui précèdent ne laissent aucun doute sur l'existence de l'ivresse maniaque ou furieuse; l'ivresse convulsive dont il nous reste à donner la description, offre beaucoup d'analogie avec la forme précédente; seulement les désordres de la motilité sont ici prédominants et semblent avoir accaparé à eux seuls toute la vie pathologique.

Le début de l'ivresse convulsive est en général brusque, souvent instantané. Si des prodromes existent, ils sont toujours fugaces et consistent en de l'irritabilité, en un état d'agacement et quelques symptômes dépressifs, de l'angoisse précordiale, de la céphalalgie.

(1) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie*, tome III, observ. 135; traduit par M. Lentz.

Une fois établis, les phénomènes atteignent rapidement leur paroxysme et consistent alors, non pas en convulsions ordinaires, mais en véritables mouvements convulsiformes, mouvements d'un désordre remarquable et que nous ne pouvons mieux comparer qu'aux convulsions de la grande attaque d'hystérie. Il nous a été donné de voir plusieurs malades au milieu de leur atteinte convulsive alcoolique; ils se jettent en général à terre, se livrent aux contorsions les plus bizarres et les plus désordonnées, se roulent de côté et d'autre, lancent leur corps en l'air, projettent les jambes en avant, les bras de côté, donnent des coups de pied à tort et à travers, essayent de mordre tous ceux qui les approchent, saisissent avec les dents tout ce qui est à leur portée, tantôt se heurtant la tête contre le plancher, tantôt se levant pour quelques instants pour retomber aussitôt et recommencer les mêmes contorsions. Leurs mouvements sont énergiques et violents; ce sont des furieux qu'il est dangereux d'approcher à cause de l'énergie de leurs mouvements, mais ils sont certes beaucoup moins dangereux que les précédents, parce que leur motilité morbide n'a aucune tendance à se traduire en actes; c'est du mouvement dépensé en pure perte. Leur énergie musculaire est excessive et il devient difficile de les maintenir; fixés au lit, nous les avons vus concentrer toute leur force dans les mouvements du tronc et soulever ou faire avancer de fortes pièces qu'un homme seul ne déplacerait que péniblement. En résumé, le caractère du désordre de la motilité c'est de n'être pas intentionnel mais uniquement convulsiforme, automatique.

Un autre phénomène qui constitue un des symptômes particuliers de cette forme d'ivresse morbide, c'est l'état

d'épuisement intellectuel qui l'accompagne : la perte de connaissance est absolue, et n'était l'excessive agitation produite par les convulsions, le malade serait plongé dans un état comateux profond ; il n'a plus la moindre conscience de lui-même ; aucun délire ne vient dénoter la moindre vie intellectuelle, et quelques cris rauques ou des sons inarticulés restent les seules manifestations de l'activité psychique.

Quant aux symptômes organiques, ils ne diffèrent guère de ceux qui accompagnent la forme maniaque furieuse; ce sont les mêmes manifestations congestives encéphaliques avec les désordres somatiques qui les traduisent au dehors.

La durée de l'alcoolisme convulsif est variable : de quelques heures à une demi-journée ; sa terminaison est d'ordinaire brusque; le patient tombe rapidement dans une espèce d'épuisement qui ne laisse à sa suite qu'un état assez prolongé de stupeur et de courbature ; parfois, au contraire, c'est un profond sommeil qui vient terminer la crise et le malade se réveille sans conserver le moindre sentiment de l'orage passé; le souvenir fait, du reste, presque toujours défaut.

C. *Ivresses anormales chez les aliénés des différentes catégories.* — Parmi les ivresses anormales et pathologiques viennent se ranger une grande partie de celles qui se rencontrent chez les aliénés, les imbéciles, les épileptiques et autres névropathes. L'on peut poser en principe général que tous ceux qui, à un point de vue ou à un autre, rentrent dans la grande classe des maladies mentales offrent une susceptibilité plus grande aux alcooliques et présentent dans les symptômes de leur ivresse, des particularités qui éloignent celle-ci de son type ordinaire et de son évolution normale.

Assigner un aspect clinique particulier à l'ivresse de chacune des grandes catégories de maladies mentales, décrire l'ébriété de l'imbécile, de l'épileptique, de l'hystérique, du maniaque ou du mélancolique, serait entreprendre une tâche difficile, ingrate et dont les résultats pratiques auraient d'autant moins de valeur qu'ils seraient moins exacts; le cachet de l'ivresse, même chez l'aliéné, dépend plus peut-être de l'individu aliéné que de son genre de folie, et tel épileptique peut avoir l'ébriété plus douce que l'imbécile le plus inoffensif, et réciproquement.

Cependant certaines particularités, qui se répètent trop fréquemment pour ne pas constituer un signe diagnostic, se rencontrent dans l'ivresse d'une certaine catégorie d'aliénés et méritent, au moins à ce titre, une mention spéciale.

Nous citerons en première ligne la paralysie générale, car c'est dans cette affection que se rencontre le plus fréquemment l'ivresse, et cela à des titres différents, comme manifestation incidente d'abord, comme véritable symptôme initial de la maladie, ensuite.

Le paralysé général est d'ordinaire très susceptible aux alcooliques, et il est rare qu'il puisse absorber assez d'alcool pour permettre aux différents symptômes de l'ivresse de suivre leur évolution ordinaire; elle se borne, en général, à la première période qu'elle ne dépasse guère et qu'elle transforme insensiblement en véritable excitation maniaque. Les premières doses amènent une certaine surexcitation ou augmentent celle qui existe déjà normalement, et cette surexcitation est caractérisée surtout par une aggravation du délire, qui devient plus exubérant, plus actif, plus entreprenant, et de l'excitation motrice, qui est plus vive, plus durable; la mobilité devient excessive, le malade ne

tient plus en place, et c'est alors qu'on le voit s'échapper de chez lui, en proie à une véritable fièvre d'action, parcourir de longs espaces sans prendre de repos, dépenser une somme d'activité excessive, se livrer pour ainsi dire inconsciemment aux actes les plus incohérents et ne s'arrêter que quand il tombe épuisé de fatigue. En même temps, les instincts et les passions se développent outre mesure et la conscience se trouble encore davantage. C'est sous l'influence de cette excitation provoquée par l'ingestion des alcooliques que le fou paralytique se rend coupable de la plupart des actes de violence que l'on observe si fréquemment dans le cours de la première période de sa maladie, tels que vagabondage, rixes, querelles, déprédation, vol, coups, blessures, violences, viols et même meurtres. C'est, en somme, la première période de l'ivresse prolongée pendant des heures et des journées entières.

Il est assez bizarre de voir ce même paralysé général qui supporte difficilement l'alcool quand son affection est déclarée, pouvoir se livrer à des excès longs, prolongés et répétés et n'aboutissant que difficilement à l'ivresse, alors que la dipsomanie constitue le premier symptôme d'une folie paralytique qui se prépare; le malade semble alors beaucoup mieux supporter l'alcool dont il fait souvent un usage excessif. Cette différence d'action ne saurait cependant être érigée en règle générale.

Chez le délirant, l'ivresse n'offre rien de bien spécial à signaler; tout au plus, peut-on dire que les conceptions délirantes deviennent plus intenses, plus vivaces, plus actives et peuvent amener des actes d'éclat là où, en dehors de l'excitation ébrieuse, le délire fut resté calme et sans réaction.

La plus anormale et peut-être la plus dangereuse, est l'ivresse des insuffisants et des imbéciles à tous les degrés. Outre que chez eux, il faut souvent peu de liqueur alcoolique pour la provoquer, elle se caractérise rapidement par de l'excitation maniaque avec trouble profond de la conscience, par l'explosion des passions, la violence, la colère, la vengeance, tous ces sentiments qui ne sont en général qu'assoupis chez eux et qui ne demandent qu'une occasion pour éclater. Leur ivresse est indomptable et ingouvernable; ils ne reconnaissent plus aucune autorité, injurient et menacent leurs parents, maltraitent leurs amis, ont des querelles et des batailles avec tout le monde; c'est alors qu'apparaissent et se donnent libre cours tous leurs mauvais instincts et il n'est impulsion nuisible que l'on ne puisse rencontrer chez eux; le vol, le meurtre, l'incendie, le viol peuvent en être la conséquence, au point que l'on s'étonne de trouver chez des natures en apparence si inoffensives des tendances latentes si mauvaises. Il en est à peu près de même de tous les aliénés héréditaires, de tous ceux que l'on fait généralement entrer dans la grande classe des fous instinctifs et impulsifs : l'ivresse enlève le seul frein qui retient encore leurs mauvaises tendances, et celles-ci éclatent alors au grand jour.

Chez l'épileptique, l'ivresse est en général synonyme de violence; une fois qu'il se trouve sous son influence, le convulsif devient difficile, méchant, irritable, colérique; la cause la plus futile amène des explosions de fureur terribles qui le rendent l'être le plus dangereux; toute son ivresse n'est pour ainsi dire qu'une longue période d'excitation où prédomine le caractère impulsif de sa maladie et d'où il ne sort que pour tomber dans un état d'assoupisse-

ment ; la transition est d'ordinaire brusque ; souvent l'ivresse est suivie d'une crise convulsive (1).

Quant au dipsomane, l'on pourrait dire qu'il ne connaît pas l'ivresse véritable, au moins pendant la période active de son affection ; pour lui, il n'y a pour ainsi dire plus de stade d'excitation ni de stade de dépression ; l'ivresse consiste plutôt en une espèce de semi-agitation maniaque continuelle, avec divagation et incohérence. Pendant toute la durée de son accès, il rentre à peine dans son état normal, et dès qu'il se trouve plus directement sous l'influence de la boisson, il devient remuant, affairé, tenant des discours sans suite et posant des actes bizarres et inconsidérés.

Il est, du reste, à remarquer que la grande susceptibilité de tous ces malades aux alcooliques ne leur permet que rarement d'en absorber des quantités suffisantes pour produire une ivresse profonde.

D. *Étiologie de l'ivresse pathologique.* — Les diverses formes d'ivresse pathologique se développent volontiers et d'ordinaire sur un fond d'alcoolisme chronique préexistant, quelle que soit, du reste, l'intensité de l'intoxication. Certains auteurs même, prétendant qu'elle n'avait jamais d'autre origine, n'ont voulu voir dans l'ivresse anormale qu'une des nombreuses manifestations de l'alcoolisme chronique. Il est bien vrai qu'elle est rare chez les personnes qui ne font de l'alcool qu'un usage absolument exceptionnel, et que d'ordinaire quand elle survient, on trouve chez ceux qu'elle atteint une certaine imprégnation alcoolique : mais des exceptions évidentes ne permettent pas de généraliser

(1) L'alcool développe parfois aussi chez eux cet état hallucinatoire terrifiant assez commun chez les épileptiques, et sous l'influence duquel ces malheureux, poussés par un trouble sensoriel horrible, se livrent à des actes de violence d'une rare cruauté. (*Note de l'auteur ;* avril 1884.)

absolument cette règle; toutefois dans ces cas, l'on peut en poser une autre, c'est que là où n'existe pas le fonds alcoolique, l'on rencontre des prédispositions névropathiques ou psychopathiques qui viennent expliquer la genèse de l'ivresse anormale.

Quoi qu'il en soit, quelques verres de bière ou de vin ou quelques gouttes de genièvre, même de bonne qualité, suffisent pour y donner lieu. C'est en tant que liquide alcoolique, c'est-à-dire comme excitant, et non par sa quantité voir même sa qualité, que l'alcool produit son effet nuisible. Cependant la qualité de l'alcool ne semble pas être sans influence, car la forme convulsive et la forme furieuse de l'ivresse ont été, en grande partie, mises sur le compte de la mauvaise nature de l'alcool absorbé, et principalement de son mélange avec l'alcool amylique et autres tout aussi dangereux.

La preuve de cette assertion n'a toutefois pas encore été scientifiquement apportée; le danger des alcools plus élevés dans la série atomique n'est guère contestable; il est évident qu'ils occasionnent une ivresse plus profonde, plus grave et beaucoup plus nuisible; mais qu'ils puissent déterminer à eux seuls et sans le secours de cette prédisposition dont il sera bientôt question et qui est l'élément le plus important de leur étiologie, de véritables ivresses pathologiques, c'est ce qu'il serait peut-être prématuré d'admettre.

Si, en effet, il en était ainsi, ces cas pathologiques devraient être bien plus fréquents et se remarquer non pas à l'état d'entité isolée, mais se produire par série ou par masse. Une boisson alcoolique de mauvaise nature, ayant fait une victime, devrait en faire nombre d'autres autour d'elles, parmi tous ceux qui ont absorbé le même liquide;

or, c'est à peu près le contraire de ce que l'on remarque; les rares cas que nous avons été à même d'observer, ont toujours porté sur des individus isolés et sans que le même liquide qui y avait donné lieu et qui avait été absorbé par quantité d'autres individus ait produit chez ceux-ci aucune ivresse de quelque gravité. C'est là une observation que tout le monde a pu faire et qui prouve que c'est dans le fonds morbide du sujet qu'il faut rechercher la cause principale du mal, et cette cause se trouve dans la constitution psychopathique ou névropathique héréditaire ou acquise du buveur.

Un des premiers caractères de cette idyosyncrasie, c'est la susceptibilité excessive de l'individu qui en est doué, à l'égard des alcooliques de toute nature; les plus petites quantités ont sur son système nerveux une influence réellement agressive, et telle dose à peine perceptible pour le commun des hommes, produit chez eux, des phénomènes de véritable ivresse.

Cette susceptibilité toute spéciale aux alcooliques et qui, alors que le terrain est propice, amène l'ivresse furieuse, dépend presque toujours d'une constitution éminemment spéciale dont les caractères sont, pour la constitution névropathique :

Tendance au délire et aux troubles hallucinatoires dans les diverses affections et principalement dans les affections fébriles; grande mobilité; impressionnabilité excessive aux influences atmosphériques, telluriques et alimentaires; exagération de l'excitabilité vaso-motrice, sous l'action des moindres impressions psychiques : d'où essoufflements, palpitations, rougeurs subites, anxiété précordiale, inquiétudes vagues; apparition rapide et facile des mêmes phé-

nomènes sous l'influence des alcooliques ; irritabilité excessive des nerfs sensibles et sensoriels ; durée trop prolongée de l'irritation et des émotions ; augmentation de l'irritabilité réflexe ; symptômes de faiblesse irritable ; tendance aux convulsions.

Pour la constitution psychopathique : grande excitabilité ; émotivité exagérée ; passions maladivement développées ; grande mobilité des dispositions morales ; fréquence des changements d'humeur sans cause réelle ; antipathies et sympathies changeantes ; imagination vive et très impressionnable ; rapidité et exagération, mais peu de durée, des déterminations volontaires.

Dans l'un comme dans l'autre cas, l'on voit se joindre aux phénomènes précédents quelques symptômes physiques, tels que tendance aux congestions cérébrales, céphalalgie, état vertigineux, épistaxis, symptômes qui apparaissent surtout sous l'influence des modificateurs caloriques. Les antécédents héréditaires manquent rarement et se caractérisent par des états névrosiques, des névroses réelles, des psychoses variables, des états de bizarrerie ou de folie morale, des cas de morts subites, de suicides, de tendances congestives ou apoplectiques, enfin de l'alcoolisme et de l'ivrognerie.

D'ordinaire, la constitution névro ou psychopathique ainsi établie par l'ensemble des symptômes qui précèdent, est héréditaire ; mais elle peut aussi être acquise et ce point de la science est excessivement important, surtout en ce qui concerne le côté médico-légal. Les causes qui le plus souvent en amènent la production, sont celles qui atteignent violemment et profondément la constitution cérébrale et les fonctions nerveuses : les traumatismes de diverses

natures, le typhus et autres maladies zymotiques graves; les affections inflammatoires méningiennes; différents ébranlements cérébraux de cause morale; la période initiale ou l'état de rémission de certaines folies, telles que folies paralytiques ou autres.

Sous l'influence de ces diverses causes peut se développer un état nerveux spécial, parfois temporaire, d'ordinaire permanent et dont la conséquence physiologique est cette susceptibilité aux alcooliques qui donne naissance aux multiples formes de l'ivresse pathologique.

Enfin, il est certaines autres dispositions qui le plus souvent n'agissent que comme cause occasionnelle, mais qui cependant à elles seules sont capables d'amener la susceptibilité dont il vient d'être question. Ces états peuvent être produits par des substances enivrantes autres que l'alcool, telles que les narcotiques, par certaines dispositions physiques et morales dans lesquelles se trouve le patient au moment où il s'enivre, comme l'abstinence complète, la grande faiblesse, l'excitation violente, qu'elle soit le résultat de l'insolation, de la grande chaleur, d'un brusque changement de température ou de l'agitation corporelle provenant de la danse, de la course, enfin les violentes passions, chagrins, colère, frayeur, ou l'abus des plaisirs sexuels et du tabac.

Toutes ces circonstances facilitent au plus haut point la production de l'ivresse anormale, et c'est souvent dans la combinaison de plusieurs d'entre elles que l'on peut avoir l'explication de bien des situations pathologiques qui ne sauraient trouver ailleurs leur raison d'être. Les passions surtout ont, sous ce rapport, une influence qui n'est pas discutable : à elles seules, et pourvu que la prédisposition

leur vienne tant soit peu en aide, elles peuvent, survenant au milieu d'une ivresse même légère, transformer en accès furieux, une ébriété restée jusqu'alors dans les limites les plus restreintes. La réciproque peut être tout aussi vraie ; au milieu d'une violente émotion morale, et sur un terrain quelque peu favorable, une légère dose d'alcool peut faire éclater une ivresse pathologique souvent formidable.

Certaines affections somatiques ne sont pas absolument sans influence sur sa production : telles sont la tendance aux congestions cérébrales, certaines maladies du cœur et l'existence d'un état hémorroïdaire difficile à s'établir ou facile à s'arrêter.

E. *Diagnostic.* — Le diagnostic de l'ivresse maniaque ou convulsive repose sur des considérations de nature diverse (1) ; il est bon de rappeler que la quantité et peut-être la qualité de l'alcool, sont un des éléments les moins importants dans l'appréciation de la question. La marche de l'affection surtout offre quelques signes précieux de diagnostic : l'ivresse ordinaire a une marche toujours régulière, en ce sens qu'elle présente un début, une période ascendante, une période d'état, puis un déclin. Rien de semblable ne se montre dans l'ivresse anormale ; celle-ci peut débuter en dehors de toute ivresse comme au milieu de ses différentes périodes ; mais c'est toujours d'une manière brusque, souvent sans prodrômes bien caractérisés, parfois d'une façon presque instantanée qu'elle apparaît, et en moins de quelques instants ses manifestations ont atteint leur paroxysme.

Dans l'ivresse ordinaire, la motilité ne se maintient pas

(1) Otto Schwartzer dans son mémoire, *Die transitorische Tobsucht*, a beaucoup insisté sur ce point. (*Note de l'auteur ;* avril 1884.)

bien longtemps intacte; les forces musculaires et les mouvements deviennent incertains, hésitants, ataxiques en même temps qu'ils éprouvent un véritable affaiblissement; l'ivrogne n'offre guère de force de résistance et se laisse facilement abattre; il ne conserve plus d'empire sur ses mouvements qu'il ne sait plus gouverner. Tout, au contraire, dans l'ivresse pathologique respire la force, l'énergie musculaire : les mouvements sont sûrs, parfaitement bien dirigés et équilibrés, et restent toujours soumis à l'empire de la volonté à laquelle ils obéissent avec netteté et ponctualité. De là, en partie, les désordres enfantins de la conduite dans l'ivresse ordinaire, et les actes violents bien combinés de l'ivresse pathologique; là, c'est une titubation, un relâchement progressif; ici, l'on observe un déploiement de force extraordinaire : il y a une suractivité musculaire qui rend le patient d'autant plus difficile à maîtriser et plus dangereux à approcher.

Dans les deux situations, l'état intellectuel est foncièrement différent; si, à une période avancée de l'ivresse normale, le trouble intellectuel est complet, s'il y a un véritable état de démence aiguë qui ne permet plus à l'ivrogne de se reconnaître, pas plus lui-même que son entourage, l'ivresse pathologique laisse à celui qui en est atteint une lucidité relative qui persiste jusque dans les cas les plus graves; le furieux, bien que ne se rendant plus un compte exact des situations, reconnaîtra encore son entourage, comprendra les questions qu'on lui adresse, y répondra même d'une manière sensée; les perceptions se font encore plus ou moins normalement; en un mot, là où, d'un côté, il n'y a plus qu'une inconscience complète, il persiste de l'autre, une certaine conscience, une intelligence de la

situation qui rend le malade d'autant plus dangereux.

Ce caractère n'est pourtant pas commun aux deux formes d'ivresse pathologique; la forme convulsive fait une exception réelle; sous ce rapport elle se rapproche davantage des formes graves de l'ébriété ordinaire et semble faire le trait d'union de l'une à l'autre des deux variétés; la stupeur intellectuelle y est presque complète.

L'ivresse pathologique se juge toujours par un profond sommeil, et comme sa cause ne réside pas dans l'alcool lui-même dont la quantité a été insuffisante pour produire des troubles généraux dans les autres parties de l'organisme, sa disparition est complète et ne laisse absolument aucune trace de son passage. L'ivresse ordinaire, bien qu'elle soit ordinairement suivie d'un sommeil profond, ne se juge que par l'élimination de l'alcool dont le passage à travers les divers appareils de l'économie laisse à sa suite des désordres assez nombreux qui ne disparaissent souvent qu'au bout de plusieurs jours. C'est dire que l'ébrieux ordinaire se lève fatigué, courbaturé, vertigineux ou dyspeptique, tandis que le furieux ne présente pas la moindre indisposition.

Enfin, un des derniers caractères, c'est l'amnésie complète, absolue qui suit l'ivresse maniaque ou convulsive. C'est ainsi qu'à partir du moment où elle éclate subitement jusqu'au réveil qui suit l'assoupissement qui la juge, le patient a perdu jusqu'au souvenir de son existence; il y a une véritable lacune dans sa vie. Cette amnésie existe assez rarement à un degré aussi prononcé dans l'ivresse ordinaire : elle y constitue tout au plus une infidélité, une obscurité de la mémoire, et c'est à travers les fumées de l'alcool qu'apparaissent le lendemain les faits et gestes de l'ivrogne.

Plusieurs états moraux offrent, par la violence de leurs symptômes et le peu de durée de leur évolution, une certaine analogie avec l'ivresse pathologique : ce sont les accès de manie alcoolique suraiguë développés sur un fonds d'alcoolisme chronique bien caractérisé. Ces deux états ont souvent été confondus, quoique leurs symptômes soient fort dissemblables; le dernier est caractérisé surtout par l'état hallucinatoire terrifiant, avec trouble émotif poussé à son paroxysme et amenant des réactions morales excessives, surexcitation, fureur, stupidité. Rien de pareil ne se montre dans l'ivresse pathologique où le trouble est fonctionnel et non formatif, comme disent les Allemands. Il faut cependant avouer qu'il existe des cas mixtes dont l'appréciation ne laisse pas que de présenter de sérieuses difficultés, en présence surtout de l'amnésie parfois complète qui les accompagne.

F. *Anatomie pathologique.* — Les lésions anatomiques qui président à la production comme à l'évolution des différentes formes d'ivresse anormale nous sont encore absolument inconnues; le mot de raptus congestif vers l'encéphale, dont on se sert volontiers en Allemagne, est loin d'en donner une expression suffisamment nette et définie pour que la science puisse se déclarer satisfaite. Du reste, si tant est que la congestion existe, est-elle la cause plutôt que l'effet de la lésion mentale? Cette question est jusqu'ici restée sans solution. Il est vrai qu'il est fort probable que le trouble de la circulation sanguine méningienne et pie-mérienne n'est pas étranger aux phénomènes si graves de l'ivresse pathologique; mais la science est encore obligée de se contenter de ces données absolument insuffisantes.

G. *Nature des ivresses pathologiques.* — L'ivresse anor-

male n'a pas encore assez attiré l'attention des spécialistes pour que cette question ait pu être convenablement discutée et résolue; ou plutôt, sans entrer bien avant dans l'intimité des manifestations morbides qu'elle offre et à ne considérer que les causes apparentes qui, le plus souvent y donnent lieu, le trouble mental qui nous occupe a toujours été rangé parmi les ivresses ordinaires, comme l'indique suffisamment la dénomination sous laquelle on continue à le désigner. Et cependant, c'est là une grave erreur. L'ivresse est un ensemble de phénomènes, d'une durée plus ou moins variable, produits dans la vie nerveuse d'une manière constante et presque identique par un agent toujours le même, qui est l'alcool. Entre l'ivresse et l'alcool, il y a des rapports certains, constants et qui fatalement doivent se produire; là où on constate l'ivresse, on peut dire qu'il y a eu absorption d'alcool; là où il y a eu absorption d'alcool à certaines doses, on peut dire qu'il y aura ivresse : celle-ci est donc la manifestation physiologique de l'alcool.

En est-il de même de l'ivresse anormale? L'étude que nous avons faite de la symptomatologie et du diagnostic différentiel répond suffisamment à la question. Cette forme morbide ne présente ni les symptômes, ni la marche, ni l'étiologie de l'ivresse ordinaire; elle ne saurait dès lors en avoir la nature. Ce ne peut être qu'une psychose alcoolique, présentant un aspect particulier, s'offrant dans des conditions déterminées, ayant sa pathogénie spéciale, mais conservant le caractère originel de toutes les folies alcooliques, celui d'avoir l'alcool comme cause occasionnelle, mais non comme cause unique. L'ivresse pathologique n'est donc qu'une folie transitoire d'origine particulière, et l'alcool

entre souvent pour si peu dans sa constitution, qu'elle n'offre dans la plupart des cas aucun des caractères génériques du délire alcoolique : du trouble hallucinatoire varié et mobile, l'on ne trouve aucune trace; l'altération de la sensibilité morale qui accompagne presque toujours le trouble psychique réellement alcoolique fait encore complètement défaut. Si donc d'un côté l'ivresse pathologique s'éloigne de l'ivresse ordinaire, de l'autre, elle s'éloigne tout autant des folies alcooliques véritables; la meilleure dénomination que l'on puisse lui donner semble encore celle que nous avons adoptée; le mot d'ivresse pathologique, tout en faisant comprendre les liens qui la rattachent à l'alcool, montre en même temps les différences qui l'en éloignent.

3. INFLUENCE DE L'IVRESSE SUR LA DESCENDANCE.

Cette question est la plus difficile à résoudre de toutes celles qui se rattachent à l'ivresse. Peu de travaux sérieux ont été publiés sur ce sujet. Demeaux est un des seuls qui s'en soit occupé, et des observations qu'il est parvenu à recueillir, il croit pouvoir conclure que l'état d'ivresse des parents pendant la conception est une des principales causes des affections nerveuses qui sévissent chez les nouveau-nés. L'auteur va même plus loin : il affirme que l'intelligence et le sens moral sont ultérieurement entachés de ce vice originel. « L'enfant né de parents en état d'ivresse au moment de la conception est ordinairement emporté par des convulsions ou d'autres troubles nerveux. S'il vit, il reste épileptique, idiot ou imbécile, porté à l'immoralité, au cynisme, à la dépravation; adulte, il a un cachet spécial; sa tête est petite, sa physionomie hébétée; son regard

sans expression est stupide. Velpeau a présenté à l'Académie de médecine un enfant né sans tête et qui avait été conçu dans un accès d'ivresse. »

Il ne nous est pas possible de nous rallier à ces conclusions trop exclusives; elles nous paraissent prématurées et basées sur des observations incomplètes.

Dans l'alcoolisme en général et pris dans son acception la plus large, interviennent deux facteurs notablement différents : un état passager d'abord, n'impressionnant le système nerveux que d'une manière très superficielle, puisqu'il n'en reste souvent plus de trace au bout de quelques heures : c'est l'alcoolisme aigu ou ivresse; le second état consiste en une modification profonde du système nerveux, un véritable changement moléculaire qui a transformé la trame nerveuse elle-même : c'est l'alcoolisme chronique; mais ce dernier n'est pas exclusif de l'ivresse dont tous les phénomènes peuvent se présenter chez l'homme le plus profondément alcoolisé, comme chez celui qui est absolument indemne de toute intoxication.

L'influence désastreuse de l'alcoolisme chronique sur la descendance ne fait plus l'objet du moindre doute, et cet état d'alcoolisme ne se présente pas toujours avec des symptômes évidents, mais ne consiste parfois qu'en une espèce de saturation latente que le moindre choc suffit à faire éclater en manifestations des plus graves.

La conclusion en ressort évidente : pour juger de l'influence de l'ivresse sur la descendance, un premier point à établir exactement, c'est l'existence de l'ivresse à l'état de pureté absolue, en dehors de tout autre phénomène alcoolique : c'est l'influence de cet empoisonnement passager par l'alcool qu'il s'agit de déterminer, et il faut être

absolument certain qu'aucun autre élément n'intervienne.

Or, les observations sur lesquelles s'est basé Demeaux, pour affirmer les funestes conséquences héréditaires de l'ivresse, sont loin d'être assez précises pour autoriser les conclusions qu'il en a tirées. L'ivresse qui se répète à assez courts intervalles pendant des semaines n'est déjà plus de l'ivresse simple et a laissé dans le système nerveux une impressionnabilité qui la rapproche davantage de l'alcoolisme chronique.

On voit, par là, combien est minutieuse et délicate la question qui nous occupe et l'on comprendra facilement que nous nous abstenions d'apporter des conclusions formelles. Une observation, peut-être bizarre, nous a frappé à ce sujet : on sait que le premier né, au moins dans la classe ouvrière, est en général conçu plus ou moins, si pas absolument, sous l'influence de l'ivresse, au moins sous une influence alcoolique ; car il est rare que, pour une certaine catégorie de personnes, un repas de noces ne laisse chez le nouveau marié, quelques traces d'alcoolisme aigu. Or, a-t-on remarqué que la primogéniture dans cette classe portât des impressions héréditaires, plus fréquemment que les descendants subséquents. Nous ne le pensons pas ; et cette observation ne nous semble pas venir à l'appui des idées de Demeaux.

4. RAPPORTS DE L'IVRESSE ET DE LA FOLIE.

En parlant des rapports de l'ivresse et de la folie, nous ne considérerons exclusivement que les rapports pathologiques : la question médico-légale aura plus loin sa partie spéciale ; la distinction de ces deux points de vue paraît indispensable, et leur confusion mènerait à des erreurs préjudiciables à la science.

Folie et responsabilité sont deux termes que l'on a aujourd'hui trop de tendance, aussi bien dans le public ordinaire que dans le public médical et juridique, à identifier et à rendre solidaires, l'un de l'autre ; de là, des inconvénients graves. Si jusqu'à un certain point, l'on peut établir que la folie entraîne toujours l'irresponsabilité (bien qu'en fait, ce principe puisse et doive quelquefois admettre des exceptions ; exemple : le stade initial et la période de rémission de certaines formes de folie, où l'aliénation existe et persiste évidemment et où cependant l'état de lucidité et de conscience du patient ne nous semble pas toujours autoriser l'admission de l'irresponsabilité), si, disons-nous, l'état de folie entraîne l'irresponsabilité, la proposition contraire est loin d'être toujours exacte ; l'irresponsabilité ne présuppose pas, dans tous les cas, selon nous du moins, l'état de folie. Il est telle circonstance où, chez une personne à tempérament éminemment nerveux, à antécédents héréditaires, des modifications physiologiques, telles que le développement de la puberté, l'établissement de la ménopause se faisant dans des conditions de santé physique insuffisante ou détériorée, comme la chlorose, on voit les affections internes amener des impulsions plus ou moins bizarres, plus ou moins dépravées qui tiennent jusqu'à un certain point de l'impulsion irrésistible et qui nous semblent devoir entraîner l'irresponsabilité, sans toutefois présupposer l'existence de la folie chez celui qui les porte (1).

Nous avons trouvé deux exemples caractéristiques de ces situations mentales (2).

(1) Telles sont encore les impulsions insolites, comme la tendance au vol, que l'on rencontre dans le cours de la grossesse chez les femmes névropathiques. *(Note de l'auteur*, avril 1884.)

(2) *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, aux nos 15, page 137, et 21, page 67.

Ces observations, l'une d'elles au moins, sont trop longues pour pouvoir être rapportées ici, d'autant plus que leur intérêt n'est que secondaire; mais elles ne laissent guère de doute sur la réalité des considérations qui précèdent et qui ne manquent pas d'importance dans la solution des questions supérieures qui dominent l'étude de la folie.

C'est peut-être cette irresponsabilité évidente dans les cas de ce genre, qui avait trop exclusivement attiré l'attention de nos prédécesseurs, et engagé la science mentale dans la voie ingrate et sans issue des monomanies et surtout des monomanies impulsives; pour justifier une irresponsabilité, on inventait presque une folie.

Il faut donc soigneusement se garder de confondre responsabilité et aliénation mentale, et cette confusion est d'autant plus dangereuse dans l'ivresse que celle-ci a des points de contact plus nombreux avec la science sociale, qui n'a déjà que trop de tendance à peser sur les principes de la science mentale.

Cette partie de notre travail restera, dès lors, exclusivement pathologique et clinique, se bornant aux seuls rapports anatomiques et symptomatologiques qu'offrent entre eux les deux états morbides qui nous occupent : la folie et l'ivresse. La question sera examinée d'abord au point de vue des rapports de l'ébriété avec la folie en général, ensuite au point de vue plus spécial de ses relations avec telle ou telle espèce de folie en particulier.

Le chapitre des analogies de l'ivresse et de la folie est à peu près nouveau dans la science. Hagen avait bien déjà dit : l'analogie entre les maladies mentales et l'ivresse est généralement reconnue. Roesch, après lui, avait écrit « qu'il résulte assez clairement du tableau qui précède,

que l'homme complètement ivre est en réalité saisi d'une démence passagère, qu'il est tantôt fou, tantôt maniaque, tantôt idiot »; et Friedrich avait trouvé que la ressemblance entre l'ivresse et l'aliénation mentale devient plus frappante encore, lorsqu'on compare les traits caractéristiques de l'état moral de l'homme ivre avec celui de l'homme aliéné. Mais les analogies constatées par Friedrich sont trop curieuses pour que nous ne les signalions pas, ne fut-ce que pour prouver les progrès qu'à faits depuis lors la science mentale. Le médecin légiste allemand trouve que les gens ivres ressemblent aux aliénés, en ce que, comme ces derniers, ils prennent plus volontiers et plus souvent du tabac et portent plus brusquement la prise au nez; la propension à causer avec soi-même, à rire aux éclats, à pleurer sans motif, s'observe chez les gens ivres, de même que chez les aliénés; les gens ivres sont aussi insensibles à la douleur et au froid que les fous; enfin, il n'est pas rare qu'un homme soit également prédisposé à l'aliénation mentale et à l'ivrognerie. Et c'est là tout ce que trouvait à dire sur ces analogies, pourtant si frappantes, un savant aussi versé dans la médecine légale que dans la psychiatrie.

Du reste, ses successeurs n'ont guère été plus explicites, se bornant à effleurer la question et n'apportant pour toute preuve, que de simples affirmations. Legrand du Saulle a bien écrit que, sans doute, le vin bu avec excès, conduit à des troubles passagers de la raison, comparables jusqu'à un certain point à l'exaltation maniaque; mais dans ce terrible groupe de maladies que l'on a rangées sous la dénomination de folie, il s'agit d'un état pathologique grave et digne des plus grands égards de la loi; tandis que le délire ébrieux témoigne seulement d'un acte volontairement ac-

compli au milieu de toutes les conditions physiologiques de la santé. Marc est aussi d'avis que l'ivresse doit être rangée au nombre des lésions de l'intelligence; mais c'est là tout, et aucune étude comparative sérieuse n'a fait avancer d'un pas cette question aussi intéressante que pratique.

Pour connaître et apprécier les rapports qui unissent l'ivresse à la folie, il est avant tout nécessaire de déterminer exactement les caractères de la folie elle-même, quel en est le criterium, quelles en sont les conditions générales et les traits distinctifs.

L'aliénation mentale n'est plus aujourd'hui ce qu'elle était au commencement de ce siècle, une espèce d'entité psychologique, un ensemble de symptômes psychiques plus ou moins bizarres, constituant en dehors de l'être organisé, une espèce de second être et relevant beaucoup plus du psychologue et du moraliste que du médecin. La folie s'est constituée en véritable maladie, et qui plus est, en maladie du cerveau, maladie peut-être encore incomplètement circonscrite, reposant sur des bases insuffisamment arrêtées, mais ayant au moins sa détermination certaine.

Pendant longtemps l'on s'est plu à lui chercher un criterium, et après avoir mis à contribution toutes les branches de la psychologie et de la médecine pour découvrir un caractère unique qui put jauger pour ainsi dire nos paroles et nos actes, notre conduite et nos sentiments, après l'avoir en vain cherché dans l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique et la psychologie, l'on a fini par trouver dans la clinique, les éléments que la théorie avait refusé jusqu'alors de fournir à la science.

Il n'y a pas de signe diagnostic unique auquel puisse répondre la folie; il n'y a qu'un ensemble de caractères,

des grandes lignes, un groupe de conditions qui font d'elle une maladie et qui, dans leur ensemble, leur début, leur évolution, leur marche, constituent les signes diagnostiques de l'aliénation mentale.

Le premier caractère essentiel de la folie est d'être une maladie dans toute l'acception clinique du mot, c'est-à-dire un état qui sous les formes les plus variées, exprime essentiellement le moment actuel d'un développement morbide qui a commencé postérieurement à la naissance, en suivant une marche déterminée et en tendant vers une fin : guérison, incurabilité ou mort. Cette maladie, qui a pour effet principal, dès son origine et durant son cours, d'altérer, d'affaiblir ou d'abolir les facultés intellectuelles, morales et affectives, n'atteint guère l'homme qu'au sortir de l'adolescence, se manifeste comme un fait accidentel de sa vie et est ordinairement déterminée par un concours de causes, parmi lesquelles le développement et les excès des passions ont une part principale.

Il n'y a donc qu'une pathologie cérébrale, dans laquelle vient se ranger toute la grande classe des affections du cerveau caractérisées par l'altération des facultés intellectuelles, morales et affectives. L'insuffisance de la science peut seule y faire admettre deux divisions : la première, celle des maladies cérébrales proprement dites, c'est-à-dire celles dont les altérations pathologiques sont évidentes et en relations physiologiques directes avec les symptômes occasionnés; la seconde, celle des maladies nerveuses et mentales auxquelles la science n'est pas encore parvenue à assigner d'état anatomique précis.

En dehors de ces conditions générales que doit remplir la folie en tant que maladie, quelles sont les conditions plus

spéciales de son existence? A côté des prodrômes caractérisés par des modifications de la sensibilité morale et du caractère, viennent se ranger la période de début et la période d'état dont le cachet principal réside dans les désordres des facultés intellectuelles morales et affectives, accompagnés de certains troubles de la motilité ou de lésions physiques des fonctions organiques; puis vient la période de déclin et la terminaison. Et là même où la maladie est devenue incurable et la marche chronique, l'on voit encore apparaître des alternatives de rémission et d'exacerbation qui prouvent un état morbide acquis et non une disposition innée.

Toutes ces conditions ne se réunissent-elles pas dans l'ivresse?

Evidemment que ses symptômes, sa marche, son évolution, ses prodrômes et sa terminaison l'assimilent absolument aux maladies mentales proprement dites. Elle possède, en effet, en première ligne cette évolution, cet ensemble clinique qui en fait une maladie véritable, des prodrômes, un début caractérisé par des modifications de caractère, une période d'état et un déclin où interviennent les désordres les plus variés de l'intelligence, des sentiments affectifs et moraux, et enfin de la sensibilité physique et de la motilité, le tout accompagné de désordres organiques.

Ce sont bien là tous les caractères de la folie, et à ceux qui nous objecteraient le peu de durée de l'ivresse et l'état de conscience intime qui persiste jusqu'assez avant dans son évolution, nous répondrons que bien des folies transitoires ne vivent pas le temps d'une ivresse même passagère, et que bien des folies lucides sont accompagnées d'un état de conscience intime peut-être plus prononcé que dans l'ébriété.

Après avoir prouvé que l'ivresse n'est qu'un véritable état d'aliénation mentale, reste à trouver quelle est la forme psychique avec laquelle elle présente les rapports les plus intimes.

Comme nous l'avons vu dans la pathogénie, l'intoxication alcoolique aiguë se caractérise par la succession d'un certain nombre de phénomènes dont l'évolution offre une constance remarquable : d'abord une modification d'ordinaire expansive, beaucoup plus rarement dépressive de la sensibilité morale, et qui prélude aux autres désordres de l'esprit; corrélativement à cette modification, se manifeste une excitation d'un ordre assez restreint de facultés intellectuelles en même temps que tout un autre groupe de facultés semble plutôt s'affaiblir. Puis le trouble survient, l'esprit s'obscurcit, la raison s'égare, la motilité s'affecte et l'affaiblissement atteint en même temps l'être physique, moral et intellectuel.

Quelle est l'affection mentale qui réponde le mieux à cette description? C'est évidemment la folie paralytique.

Comme l'ivresse, la folie paralytique peut avoir un début expansif, dépressif ou stupide; beaucoup plus rarement, il est dépressif, semblable encore en cela à la paralysie générale dont la forme mélancolique, beaucoup moins fréquente, rappelle ces buveurs que le vin rend tristes et sombres, qui se replient sur eux-mêmes, se renferment dans leurs idées noires et qui, ne voyant autour d'eux que la tristesse et la désolation, gémissent, pleurent et se désespèrent. Plus rare encore est cette forme stupide de l'ivresse qui, comme la forme à démence simple de la paralysie générale, rend l'ivresse lourde, stupide, hébétée; il est, en effet, quelques individus que l'alcool jette, de prime abord

dans un assoupissement qui, au commencement peu prononcé, augmente progressivement jusqu'à la stupeur et au coma.

Mais dans l'ivresse comme dans la folie paralytique, la forme expansive est de beaucoup la plus fréquente. Que voyons-nous dans sa période d'excitation maniaque, alors surtout qu'elle n'est encore qu'à ses premiers débuts? Un sentiment de satisfaction, de contentement, de gaieté et de bien-être général constitue le fond des dispositions morales du malade, et celles-ci, dans l'excitation, se trouvent aussi peu motivées par les conditions extérieures que la douleur dans la mélancolie; le malade s'enivre réellement de ces sentiment expansifs, au point que, pendant la période de rémission, il avoue n'avoir jamais eu de moments de plus grande satisfaction ni de plus grand bonheur. Le monde extérieur lui apparaît sous d'autres couleurs; les idées se produisent avec plus d'abondance, plus de rapidité et de facilité; la volonté est plus libre, l'effort plus facile; de là, le sentiment exagéré que le malade a de lui-même; il se réjouit d'éprouver un grand bien-être physique et moral; il se sent plus libre et plus satisfait; il se croit mieux portant et rejette avec force toute idée de doute que l'on pourrait émettre à cet égard, répétant souvent que jamais de la vie il n'a été si heureux ni en si bonne santé. Ce sentiment exalté de soi-même se traduit par une disposition élevée de l'esprit : humeur joyeuse, chaud enthousiasme pour les sentiments les plus distingués, grande confiance en soi-même, démarche hardie, vaine, orgueilleuse.

En même temps, le malade devient irritable et violent; il s'emporte et se fâche quand on combat par des objections l'exactitude de ses affirmations, ou qu'on s'oppose par la

force à ses actes extravagants. En outre, l'excitation intellectuelle se traduit au dehors par un besoin constant d'une grande activité extérieure; le malade fait une foule de plans et de projets; l'exagération dans la rapidité et la vivacité de la pensée donne lieu à cette loquacité, cette hâblerie, cette tendance à employer des gros mots ronflants, des images brillantes, des idées de grandeur. Puis se déclare ce véritable délire, composé d'idées ambitieuses avec ce caractère de mobilité, d'instabilité si curieux à observer, et où les facultés imaginatives jouent un si grand rôle. Quoi de plus coloré que le délire des paralytiques; quoi de plus imagé que les descriptions ravissantes qu'ils en font. Leurs conceptions délirantes traduisent parfaitement la suractivité idéative dont leur cerveau est le siége, ainsi que les dispositions expansives de leur émotivité.

Tout cet état symptomatologique peut se résumer en deux dispositions intellectuelles et morales bien caractérisées : d'abord la modification expansive de la sensibilité morale, qui se traduit par un véritable épanouissement de l'âme, ensuite une modification idéative de l'intelligence, caractérisée par l'exubérance, la vivacité et le coloris des idées.

En même temps que ces diverses situations s'établissent, elles s'accompagnent d'un certain degré d'affaiblissement de l'intelligence, ou plutôt c'est sur un fonds d'affaiblissement qu'elles naissent; d'abord, c'est l'attention et la mémoire qui commencent à décliner; la volonté perd de son énergie, et bien que le malade se vante de son courage et de son inébranlable fermeté, il se laisse trop souvent conduire comme un véritable enfant; sa jactance et son ostentation semblent n'être bonnes qu'à couvrir sa déchéance psychique : le jugement et le raisonnnement n'ont plus leur

netteté; un fonds d'inconséquences, d'inconvenances et d'incohérences apparaît dans sa conduite. Déjà alors on voit survenir des moments de sensiblerie ou des périodes d'irritabilité et de violence, dont le peu de durée et le peu de consistance indiquent suffisamment l'absence d'activité réelle; en même temps l'humeur devient variable, changeante; le caractère se modifie.

La motilité commence à manifester son affaiblissement par l'hésitation de la parole, l'imperfection des mouvements délicats et une certaine incertitude dans la marche.

Tel n'est-il pas le tableau exact de la première période de l'ivresse, tout aussi bien dans ses états fondamentaux que dans ses manifestations secondaires?

L'action des liqueurs alcooliques commence par manifester une véritable expansion de l'être moral et affectif et qui s'accompagne d'accélération et d'excitation des facultés idéatives; les pensées se succèdent plus rapidement; l'imagination est plus vive, plus chaude, plus colorée; les expressions sont plus vives, plus accentuées et plus fortes; les idées semblent s'enchaîner toutes seules, les paroles coulent plus facilement; la volonté paraît plus libre et plus facile, mais en même temps plus faible et moins tenace; l'esprit est d'ordinaire porté à la gaieté; il y a un sentiment intérieur de plaisir et de force.

Bientôt le cours des idées augmente encore; elles apparaissent sans être élaborées ni muries et se traduisent immédiatement par des paroles et des actes; les pensées qui autrefois étaient soigneusement cachées échappent maintenant malgré nous, ou sont volontairement exprimées pour montrer aux autres la haute opinion que l'on doit avoir de notre personne. Le buveur n'a peur de rien :

il a en lui-même une confiance absolue qui souvent va jusqu'à l'imprudence; il fait le fanfaron, devient généreux et prodigue, parce qu'il se croit plus riche qu'il n'est; il veut parler en vers, s'exprime en langues étrangères, chante, crie, gesticule.

Puis apparaît l'irritabilité; le moindre mot le froisse et le met en colère, et comme le maniaque, rien ne lui est plus désagréable que de s'entendre dire qu'il est ivre. Son humeur change facilement et cela sans aucun motif réel. Quelquefois il est pris tout à coup et involontairement d'idées tristes, et alors il se met à sangloter; tantôt il devient tendre et sentimental ou bien éprouve le besoin de montrer la puissance de sa force et de se livrer à des actes insensés, dangereux, frappant à tort et à travers autour de lui.

En même temps, tout un ordre de facultés faiblit; l'attention devient plus difficile, l'assimilation psychique plus lente et plus pénible; le raisonnement et le jugement ont perdu de leur activité; les sentiments moraux ont faibli, la volonté s'émousse et ne se manifeste que par impulsions violentes, mais qui ne résistent pas au moindre choc.

A cette période déjà, les mouvements perdent de leur régularité et de leur précision; l'articulation des mots n'est plus aussi facile, la langue fourche parfois et la coordination des mouvements est assez bien atteinte.

Si maintenant nous étendons la comparaison aux périodes subséquentes, nous verrons l'analogie persister et devenir plus frappante, à mesure que les affections font des progrès.

A la période d'état de la paralysie générale, le délire expansif conserve les mêmes caractères, bien qu'il ait souvent perdu une certaine partie de son activité; la personnalité tend à disparaître et l'automatisme domine la situa-

tion ; les dispositions morales, expansives ou dépressives, diminuent de plus en plus pour faire place à l'insensibilité morale, et ce n'est plus que par périodes, par poussées qui s'émoussent chaque jour davantage, que l'ancienne activité émotive se fait encore jour.

L'état intellectuel qu'elle a fait naître domine la scène morbide qui n'est plus constituée que par un ensemble de phrases vides et sonores, par un tissu de conceptions délirantes, qui n'ont entre eux aucun lien et qui offrent presque toujours un cachet de grandeur uniforme et monotone.

Au-dessus de cette situation, plane la déchéance intellectuelle et morale, qui donne à l'ensemble de l'individu un aspect tout particulier se résumant dans ce véritable état d'enfance chez un homme fait; l'imagination fonctionne toujours, mais chaque jour de plus en plus automatiquement; le jugement et la raison ne la guident et ne la contrôlent plus, et la volonté n'est plus au service que des émotions et des passions purement subjectives.

La sensibilité générale devient obtuse et s'émousse; la vue faiblit; le contour des objets est moins distinct; l'odorat est compromis, le goût altéré ; la motilité s'affecte de plus en plus, bien que lentement, et ses altérations ne sont pas en général en rapport avec l'affaiblissement intellectuel; les mouvements deviennent plus difficiles; les membres se soulèvent avec plus de peine; la maladresse va croissante; les chutes sont plus fréquentes, surtout dans les mouvements combinés, comme celui de tourner; les jambes ont de la tendance à flageoler, les genoux se heurtent et la progression ne s'accomplit plus que par saccades; les mouvements sont beaucoup moins bien coordonnés, mais la force musculaire persiste; des altérations de la parole

apparaissent nombreuses et constantes : tantôt le bégaiement, tantôt le bredouillement, tantôt l'ânonnement, mais en général, l'ataxie domine pendant longtemps la paralysie.

La vie sentimentale s'affaiblit graduellement et ne se montre plus qu'à certains intervalles, sous forme de mouvements passionnels irréfléchis, souvent instinctifs.

Tels sont encore, en dehors de certaines modifications de forme, la plupart des symptômes de l'ivresse; c'est le même fonds morbide, le même enchaînement de phénomènes, le même processus et la même évolution.

A mesure que l'ébriété augmente, l'activité intellectuelle et la personnalité du malade disparaissent; c'est l'automatisme qui les remplace; l'imagination si vive s'alourdit et s'éteint; le fonctionnement intellectuel devient machinal; l'ivrogne répète ce qu'il entend, ou profère des paroles incohérentes; la vie psychique n'est plus que l'effet d'une fonction qui s'accomplit inconsciemment; la mémoire décline rapidement et se perd, la conscience disparaît; c'est la démence qui étend son voile obscur sur les différents processus cérébraux, et c'est la démence aussi bien intellectuelle que morale. Si l'ivrogne n'a plus d'idées, il a moins encore de moralité et, comme le paralytique, commet en public les actes les plus inconsidérés et les plus indécents; de sentiments, il en a tout aussi peu, et quelques accès de colère viennent seuls témoigner encore de leur existence. C'est, en un mot, la démence de la paralysie générale, et l'analogie est d'autant plus frappante que les désordres ne se bornent pas à l'intelligence, mais s'étendent à la sensibilité physique ainsi qu'à la motilité. La parole devient de plus en plus hésitante, les mouvements de la langue sont lents, irréguliers, difficiles; l'ébrieux commence par hésiter

et finit par bredouiller; les mouvement généraux sont incertains, désordonnés, affaiblis; les chutes faciles. Il n'y a pas jusqu'aux exonérations involontaires qui, dans la paralysie générale comme dans l'ivresse, ne viennent indiquer le passage de la seconde à la troisième et ultime période du mal.

Enfin les analogies se retrouvent jusque dans les degrés ultimes des deux processus; dans l'un comme dans l'autre, l'anéantissement progressif des grandes fonctions vitales constitue le phénomène caractéristique : l'intelligence a sombré, la sensibilité est émoussée, la motilité a presque disparu.

Après avoir comparé l'ivresse à la folie paralytique dans ses symptômes et dans son évolution progressive, poussons la comparaison jusque dans l'ensemble des grands processus morbides qui les constituent.

Le phénomène dominant et caractéristique de l'encéphalo-méningite est la déchéance intellectuelle, morale et affective qui, de prime abord, s'étend à toutes les fonctions de l'être pensant et sentant et donne son cachet à tous les symptômes de la maladie.

Difficilement appréciable à travers les périodes d'excitation délirante qui, au début, en cachent souvent l'existence, elle ne se fait alors remarquer que par certaines particularités qu'observent seuls, ceux à qui une longue habitude a rendu familières ses plus obscures manifestations. Cette démence est parfois si difficile à constater que l'œil le plus scrutateur ne parvient pas toujours à en déceler immédiatement l'existence et que souvent ainsi le diagnostic doit pendant longtemps rester en défaut. Cette démence offre au début certains caractères spéciaux; c'est d'abord, moins un affaiblissement des facultés mentales qu'une espèce d'état

d'enfance portant sur l'ensemble de la vie sociale : des inconvenances dans la conduite, des paroles hasardées ou déplacées; des actes qui ne sont pas en rapport avec la position sociale du malade, des inconséquences, des légèretés en constituent les premières manifestations, alors même que le délire n'est pas constitué et que l'état maladif se maintient dans les limites d'un état expansif n'excédant pas toujours les bornes de la raison et des possibilités. Ce n'est qu'ultérieurement, ou bien dans les cas à marche rapide, que la déchéance morale et intellectuelle devient évidente et apparaît avec ses symptômes caractéristiques; elle ne laisse plus alors de doute, même aux moins clairvoyants. C'est du reste, elle qui domine la scène morbide; les symptômes délirants ne sont, pour ainsi dire, que de simples épiphénomènes dont l'existence est loin d'être indispensable, car l'affection peut parcourir sans eux toute son évolution morbide.

Jusqu'ici cet état n'a pas encore été suffisamment étudié dans l'ivresse; à la troisième période, son existence ne saurait faire l'objet du moindre doute; l'anéantissement intellectuel est complet; le coma profond équivaut à la démence absolue. A la deuxième période, il serait encore difficile de nier que, nous ne dirons pas l'activité intellectuelle (car les facultés idéatives restent encore plutôt exaltées) mais la capacité intellectuelle, c'est-à-dire l'intelligence proprement dite, n'ait subi une atteinte d'autant plus prononcée que la période alcoolique est plus avancée. L'ivrogne, à cette période, est enfantin, niais et n'offre plus aucune force de résistance; s'il a des moments d'excessive vivacité, c'est là une irritabilité factice et qui cède à la moindre opposition réelle; il devient puéril, bonasse et se trouve bien-

tôt le jouet et la risée des autres. Émotif comme les enfants et les déments, le plus petit reproche le fait souvent gémir et se lamenter, comme la parole la plus bénigne, l'acte le plus insignifiant le met dans des colères terribles. Il existe dans sa situation psychique une désharmonie complète; les réactions morales ne sont plus en rapport avec leurs causes déterminantes, et si les plus grossières injures laissent tel ivrogne insensible, tel autre se livrera aux actes et aux représailles les plus révoltants pour la parole la plus insignifiante.

L'obtusion intellectuelle envahit de plus en plus l'intelligence; l'ivrogne perd la notion des dates, des lieux, des personnes; son jugement fait défaut et le raisonnement n'existe qu'à l'état de vestige; son bavardage est inepte; son incapacité de se conduire absolue, et les actes incohérents qu'il pose ne prouvent que trop l'état de démence où il se trouve. C'est à peine s'il reste quelque volonté personnelle, et là où elle apparaît encore, c'est plutôt une obstination automatique qui ressemble plus aux caprices des vieillards en démence qu'aux raisonnements de l'homme sensé. L'intelligence a subi une dissociation complète; les propos ne sont plus délibérés, les actes sont à peine voulus; l'ivrogne est à la fin de cette période un homme aveugle marchant au hasard au milieu d'une nuit obscure.

Il n'est peut-être pas aussi facile de prouver que la première période de l'ivresse est elle-même empreinte de ce cachet d'affaiblissement qui, à un plus haut degré, caractérise si bien ses périodes ultimes; mais dans la paralysie générale aussi, la chose n'est guère aisée, et cependant aujourd'hui personne ne met plus en doute l'existence d'un symptôme qui constitue la dominante de l'affection.

C'est que les premières manifestations de la démence sont obscures, qu'aucun criterium certain ne permet d'en reconnaître la présence, et que les symptômes qui la dévoilent sont parfois cachés sous les apparences d'une activité factice. Telle paraît être aussi la situation dans la première période de l'ivresse dont on pourrait mieux dire que l'apparence cache la réalité. Examinée de près, cette période nous montre, au fond, une déchéance de l'être pensant et réfléchissant, une chute, quelque minime qu'elle soit, de l'être intelligent; elle nous montre que l'intelligence proprement dite, la raison supérieure qui guide nos paroles et notre conduite, a déjà alors subi une atteinte dont les manifestations n'échappent qu'à ceux qui ne veulent pas les voir.

Et, en effet, dans ces moments mêmes où la loquacité, l'exubérance du geste et de la parole, la vivacité de l'esprit, la vigueur de l'imagination semblent dénoter un surcroit de vitalité intellectuelle, n'est-il pas fréquent, et l'on peut dire ordinaire, d'observer les caractères déjà évidents de débilité psychique? Les inconséquences, les inconvenances dans la conversation, comme dans la conduite de l'homme même légèrement ivre, n'en sont-elles pas une preuve évidente? Le premier effet de l'ivresse n'est-il pas de faire perdre à celui qu'elle domine la notion des convenances, la notion de ses devoirs et de ses obligations, comme celle de ses intérêts, alors même qu'il conserve encore une conscience parfaite de sa situation? C'est alors qu'on le voit divulguer les secrets les plus graves, proférer les paroles les plus compromettantes et poser les actes les plus inconsidérés. L'homme, à morale rigide, se laissera aller aux propos scabreux et légers; l'homme le plus retenu, proférera des paroles indiscrètes et souvent calomnieuses; un

tel posera des actes hasardés, qui avait la conduite la plus exemplaire; un tel autre se montrera impoli et grossier, qui était l'homme le plus formaliste de la société.

De tels faits sont-ils autre chose que le résultat d'un affaiblissement de l'énergie morale et intellectuelle? ils dénotent évidemment une déchéance psychique, un abaissement de l'énergie cérébrale. Les inconséquences, les excentricités, les indélicatesses, si souvent commises sous l'influence d'une ivresse naissante, ne peuvent être imputables qu'à cette débilité intellectuelle qui rompt l'harmonie entre les diverses facultés, affaiblit le sens moral et enlève à l'homme cette force, cette puissance d'esprit, dont l'intégrité lui est nécessaire pour combiner harmoniquement ses actes et régler sa conduite.

Du reste, ce ne sont pas encore les seules preuves de débilité psychique que nous puissions apporter à l'appui de notre manière de voir. La plupart des facultés supérieures de l'intelligence, prises en particulier, nous montreront à l'évidence cette modalité sur laquelle l'on n'a pas attiré suffisamment jusqu'à ce jour l'attention. Est-il bien exact de dire, comme on le trouve écrit partout, que la mémoire soit exaltée pendant la première période de l'ivresse? Nous sommes d'un tout autre avis. L'imagination surexcitée ramène certes des souvenirs anciens, mais ce n'est pas là toute la mémoire : cette mémoire là persiste même chez le dément ; mais la mémoire récente, celle qui consiste à retenir ce que l'on entend et ce que l'on voit, qui oserait prétendre qu'elle soit activée? et n'est-elle pas tout aussi atteinte que dans la première période de la folie paralytique? N'est-ce pas le propre de l'homme qui s'enivre, même au début, d'oublier toutes les recommandations

qu'on lui a faites? Non; si la loquacité est plus prononcée, la mémoire ne l'est nullement, et il n'est personne qui n'ait remarqué combien certains individus ont besoin de peu boire pour ne plus se rappeler certains faits, certains noms ou certaines dates, et qui n'ait constaté l'habitude qu'ils ont de remplacer les mots qui ne leur arrivent pas assez vite, par celui de chose ou par toute autre expression vulgaire.

L'attention suit évidemment le même déclin, et il est difficile de la fixer; elle est en général vague, fugace, même à la période de début où l'ébrieux fait à peine attention à ce qui l'entoure; les impressions extérieures le frappent moins vivement et il n'y prête jamais l'attention qu'elles méritent. Dès les premières influences alcooliques, le jugement subit la même atteinte déprimante; le raisonnement perd de sa précision et de sa netteté; la réflexion fait beaucoup plus difficilement sentir ses droits. Ces faits ont à peine besoin de démonstration; une conversation de quelques instants avec l'ébrieux à son début suffit à prouver que les combinaisons intellectuelles n'ont plus leur sûreté ni leur vigueur ordinaires; les déductions manquent de logique; les aperçus sont puérils, enfantins et loin d'être en rapport avec le caractère, l'esprit et la dignité habituelle. L'idée de moralité, de devoir, que devient-elle dès que l'alcool tient l'homme sous sa domination? Le contrepoids disparaît, et le défaut d'équilibre entre les facultés idéatives et instinctives d'un côté et la raison de l'autre, n'a d'autre cause que l'affaissement intellectuel (1).

(1) La comparaison du délire alcoolique avec le délire chloroformique apporte un nouvel argument à l'appui de notre manière de voir, la période d'excitation de ce dernier, qui offre des analogies frappantes avec celle de l'excitation alcoolique, montre bien plus prononcé encore ce phénomène de délire enté sur un fonds d'anéantissement

En résumé, tout vient donc prouver que l'ensemble de l'être psychique a subi, dès les premières atteintes alcooliques, un affaiblissement, une déchéance qui va sans cesse en s'aggravant avec la dose d'alcool et finit par la démence complète. C'est identiquement la même caractéristique qui domine, dans l'ordre psychique, l'ensemble de la paralysie générale, depuis son invasion jusqu'à la période ultime du marasme paralytique. Nous ne pourrions mieux comparer le stade d'excitation de l'ivresse qu'aux périodes maniaques ou poussées congestives de la paralysie générale; là aussi, il y a un semblant d'excitation et de suractivité; les idées sont vives, le délire est coloré et actif, la motilité semble exaltée, et cependant le fonds n'en conserve pas moins son irrémédiable déchéance.

Un ensemble de symptômes tout aussi constants révèle l'atteinte profonde que porte l'alcool dans le domaine de la vie somatique : ce sont les altérations de la motilité et de la sensibilité. Et ici encore, la similitude dans les désordres symptomatologiques de ces deux ordres de phénomènes, soit chez l'alcoolisé, soit chez le fou paralytique, vient fournir une nouvelle preuve de la similitude de leurs processus morbides.

La nature des troubles de la motilité chez l'ébrieux n'a peut-être pas été étudiée avec toute l'attention ni la précision nécessaire. En proie à l'ivresse, l'homme bégaie, l'articulation des mots ne se fait qu'avec difficulté, les mouvements sont irréguliers, les pas chancelants, la démarche vacillante, puis survient l'inertie et enfin l'abolition com-

intellectuel; dans le stade d'excitation chloroformique cet anéantissement intellectuel est produit avec rapidité et devient évident dès les premiers débuts de l'action du poison. — (*Note de l'auteur*, avril 1884.)

plète; tel est à peu près le bilan de la science sur cette importante question des lésions de l'activité musculaire dans l'intoxication alcoolique aiguë.

Et cependant, l'on sait aujourd'hui combien sont diverses et variées les modalités des altérations de la parole comme celle des mouvements généraux. Entre la paralysie et l'ataxie qui constituent les deux types extrêmes des lésions de la motilité, viennent se ranger une foule de modifications et de combinaisons qui compliquent d'une façon plus ou moins obscure un processus déjà fort compliqué en lui-même.

L'expression vocale des idées, pour s'exécuter normalement, exige l'intégrité d'abord de l'organe élaborateur de la pensée, probablement la couche corticale grise de la région frontale des hémisphères cérébraux; ensuite l'intégrité des conducteurs de ces idées aux organes chargés de les exprimer, les fibres conductrices allant des hémisphères à la protubérance et de là, au bulbe; puis l'intégrité des différents nerfs faciaux, enfin celle des muscles expresseurs. Que le centre élaborateur de la pensée ne transmette plus aux muscles les idées que par saccades, d'une manière lente, interrompue ou incomplète, l'expression des mots sera hésitante, la parole sera traînante. Elle offrira encore ces mêmes caractères, quand l'altération occupera le trajet conducteur des expressions idéatives; leur interruption produira l'irrégularité, l'arrêt saccadé de la parole. Dans ces deux cas surviendra une hésitation toute particulière que l'on pourrait appeler hésitation intellectuelle; c'est l'expression de la parole qui s'arrête, par exemple, parce que la mémoire ne lui fournit plus ou pas assez vite les mots convenables.

L'altération de la parole d'origine somatique est de toute

autre nature : au début de la folie paralytique, elle est d'ordre ataxique et non paralytique, comme on l'a cru pendant longtemps; là où les désordres paralytiques sont déjà excessivement prononcés, les forces musculaires sont parfois encore relativement bien conservées et n'offrent pas toujours des désordres en rapport avec ceux que présente la motilité. Dans les premiers stades de la paralysie générale, l'incoordination musculo-nerveuse en fait presque tous les frais; ce n'est guère qu'à la période ultime que l'affaiblissement musculaire réel, venant joindre ses effets destructeurs à ceux de l'ataxie, produit un trouble général de la parole qui en rend l'expression excessivement difficile.

S'il fallait traduire par des mots les différents processus pathogéniques qui président aux lésions de la parole, l'on pourrait dire que le bégayement exprime le désordre ataxique; le bredouillement, le désordre psychique; le tremblement et l'ânonnement, le désordre paralytique.

Il sera peut-être difficile de déterminer exactement quelle est la nature du trouble de la parole dans l'ivresse, et si l'on veut bien en décomposer les diverses phases, l'on ne tardera pas à s'apercevoir que ces désordres ne sont pas uniques, mais procèdent de plusieurs causes originelles.

La première atteinte que subit l'articulation des mots ressemble plutôt au bégayement; les mots ne sont plus articulés avec netteté et précision; on voit que l'ébrieux a de la peine à combiner les divers mouvements que nécessite l'accomplissement de l'acte compliqué qui constitue la parole; il y a dans le fonctionnement vocal des arrêts, des hésitations qui prouvent évidemment un manque de synergie entre les diverses influences nerveuses; c'est, en un mot, de l'ataxie.

Mais à l'ataxie vient bientôt se joindre la débilité intellectuelle qui amène avec elle son influence particulière; et cette débilité mentale, influencée à son tour par l'affaiblissement paralytique, finit par donner à la parole ce cachet spécial à l'homme ivre et qui n'est que la combinaison des trois ordres de causes agissant sur l'innervation motrice : l'ataxie, la démence, la paralysie.

La motilité générale subit à peu près les mêmes impressions morbides, où l'on trouve facilement l'empreinte des trois ordres de causes qui viennent d'être signalées. Voyons d'abord la description qu'en donne le *Compendium de médecine*, de Monneret et Fleury : « Les troubles du système nerveux et locomoteur sont les plus importants; on peut dire que l'ivresse est surtout caractérisée par le délire et l'irrégularité de la contraction musculaire portée à différents degrés. »

« Dans le premier degré de l'ivresse, les muscles jouissent encore de toute leur énergie; l'ivrogne ne peut rester en place, il cherche à marcher, mais bientôt il chancelle et tombe. Un des symptômes les plus intéressants de l'ivresse est le trouble de la contraction musculaire. Les sujets ivres sont incapables de diriger sûrement leurs membres inférieurs et supérieurs; on les voit saisir maladroitement les vases et les différents objets dont ils veulent s'emparer; les mouvements des bras et des mains sont saccadés et les contractions musculaires tellement dénuées de précision qu'ils parviennent difficilement à saisir et se servir des corps qui les environnent, ce qui tient sans doute à ce qu'ils ne savent plus mesurer avec exactitude la distance et la forme des objets, et à ce que les mouvements volontaires ne sont plus régis convenablement par l'intelligence qui pourrait

seulement les mettre à l'abri des erreurs commises par les sens. La titubation du corps imparfaitement soutenu par les membres inférieurs est un phénomène de même nature. Elle est produite par la contraction instinctive des muscles qui n'obéissent plus qu'imparfaitement à la volonté. L'intelligence ne peut plus combiner avec précision les différents mouvements qui maintiennent le corps dans son équilibre. Il n'y a plus alors qu'une série irrégulière de contractions et de relâchements alternatifs des muscles. La titubation révèle le trouble profond du système nerveux... On ne peut mieux comparer ce qui a lieu en pareilles circonstances qu'à la titubation particulière aux enfants qui ne savent pas encore marcher. C'est une sorte de convulsion, c'est-à-dire une succession de contractions et de relâchements irréguliers de la fibre musculaire... A mesure que l'ivresse augmente, la contraction musculaire devient de plus en plus faible et incertaine, et il arrive un moment où l'on observe la résolution complète des membres. »

Telles sont bien la modalité et la marche des désordres de la motilité dans les diverses périodes de l'ivresse; elles nous semblent entièrement répondre à la manière de voir que nous avons exposée à propos des lésions du langage; les premières altérations sont bien des désordres ataxiques; l'homme, en état d'ivresse commençante, est incapable de diriger ses mouvements; il devient hésitant, maladroit, renverse et brise les objets qu'il veut saisir; il ne sait plus combiner ses mouvements au but qu'il désire atteindre; il n'est plus capable d'exécuter les opérations manuelles qui demandent quelque précision; c'est la combinaison des mouvements qui est lésée; c'est de l'ataxie.

Mais l'influence psychique sur les désordres de la motilité

ne tarde pas à se faire sentir. Le manque d'équilibre du corps augmente encore par suite de l'affaiblissement intellectuel ; ne voyant plus les choses dans leur condition ordinaire, n'ayant plus l'énergie intellectuelle voulue pour juger des obstacles qu'il rencontre, il ne sait plus leur proportionner ses mouvements, et de là des irrégularités, des titubations, des chutes qui sont encore augmentées par l'affaiblissement qui s'empare bientôt de la motilité elle-même, et qui constitue le dernier degré de l'akynésie ébrieuse.

La modalité et la nature des altérations motrices de la folie paralytique se présentent dans des conditions à peu près semblables ; les premières altérations sont évidemment de nature ataxique, et l'incoordination musculaire se retrouve, dans toutes les paralysies générales commençantes, beaucoup mieux caractérisée que la parésie. Ce n'est que plus tard que celle-ci gagne du terrain et finit par dominer la scène morbide, mais rarement d'une façon absolument exclusive.

La sensibilité physique, tant générale que spéciale, offre dans les deux ordres d'affections les mêmes analogies frappantes, sur lesquelles l'on n'a pas encore suffisamment attiré l'attention. C'est ainsi que l'on rencontre certains paralysés chez lesquels la sensibilité générale est légèrement hyperesthésiée au début du mal : la peau est plus impressionnable, les douleurs sont plus vivement ressenties; cette hyperesthésie peut envahir les organes de la vue et de l'ouïe, et il n'est pas rare de la voir s'étendre au système génital en donnant lieu à l'exagération des appétits sexuels.

Mais quels qu'en soient le degré et l'extension, elle est d'ordinaire de courte durée et se trouve bien vite remplacée

par l'anesthésie ou affaiblissement de la sensibilité qui siége surtout à la peau bien qu'elle atteigne parfois l'organe de la vue et de l'ouïe et même les autres sens. L'insensibilité des membres et du tronc qui s'établit d'ordinaire graduellement, est plus fréquente qu'on ne le pense.

La description qui précède s'applique aux phénomènes dysesthésiques de l'ivresse, avec une exactitude dont il nous paraît inutile de faire ressortir toute l'importance.

Les troubles de la sensibilité morale constituent le troisième grand ordre de symptômes de l'ivresse, et encore une fois, ces phénomènes offrent avec ceux de la paralysie générale des analogies frappantes.

L'expansion, la *heitere Verstimmung* des Allemands, est l'altération la plus ordinaire des dispositions morales au début de la folie paralytique; elle y est même si caractéristique qu'elle a été longtemps considérée comme l'unique criterium du diagnostic. Elle s'accompagne d'ordinaire très vite de délire, mais les cas ne sont pas si rares où l'on peut en constater l'existence en dehors de toute lésion bien caractérisée de l'idéation; c'est alors qu'elle se manifeste par cet état de légèreté, de gaieté, de bonheur, de félicité qui porte ceux qui en sont atteints à faire de si beaux projets, à concevoir de si vastes entreprises, à se livrer à de si aventureuses carrières. Les malheureux paralytiques acquièrent bientôt une activité qui dépasse rapidement les limites de l'état normal; ils écrivent, parlent, composent, agissent, font sans cesse de nouveaux projets et ne jugent rien impossible. Sans avoir encore le cachet du délire ambitieux, leurs conceptions sont difficiles à réaliser, basées sur des fondements peu solides, et font un contraste frappant avec les habitudes de toute leur vie. C'est encore à ce moment

que, sous l'influence de ce besoin d'activité qui les domine, de cet entrain qu'ils mettent en toute chose et qui les rend hardis, audacieux et disposés à ne douter de rien, les sujets même les plus avares, les plus mesquins dans leurs habitudes, s'élancent inconsidérément dans les spéculations hasardeuses et étrangères à leur allure prudente et méticuleuse, réalisent des projets d'embellissement pour leur intérieur, pour leurs propriétés, font des commandes, des cadeaux, des achats de toute sorte et arrivent ainsi, en peu de jours, à dépenser des sommes considérables et hors de proportion avec leurs besoins et leurs ressources.

Cette description que donne Marcet de la période expansive de la paralysie générale n'est-elle pas la photographie peut-être un peu exagérée, mais au fond très exacte, à la durée près, de la première période de l'ivresse expansive. Tous les symptômes, depuis l'état de folle gaieté jusqu'à l'audace et la témérité des actes, ne s'y retrouvent-ils pas? N'est-il pas journalier de voir des personnes en état d'ivresse poser des actes, conclure des contrats, faire des commandes et des achats onéreux, et qui n'ont eu d'autres mobiles que l'expansion morbide de leur sensibilité morale?

A côté de la variété expansive, mais beaucoup plus rare qu'elle, vient se ranger la forme mélancolique de la paralysie générale; et celle-là encore trouve son analogue dans l'ivresse dépressive; elle est certes beaucoup moins caractéristique dans sa manière d'être; son type est moins tranché; mais ce sont beaucoup moins les symptômes particuliers que les caractères généraux qui attirent l'attention. Il nous suffit de pouvoir mettre en regard de la variété paralytique dépressive, une variété d'ivresse dépressive, pour remplir le but que nous désirions atteindre : montrer

les analogies complètes des deux formes maladives. Du reste, le type mélancolique paralytique est lui-même beaucoup moins bien déterminé, moins bien caractérisé que son congénère expansif; les changements de dispositions morales sont plus fréquentes, et tandis que l'on voit rarement la forme expansive venir compliquer la forme dépressive, l'on rencontre beaucoup plus fréquemment des paralysies à forme mélancolique se mélanger de symptômes expansifs qui en modifient la forme et cela, parfois à plusieurs reprises, dans le cours de leur évolution. Aussi peu tranchée est l'ivresse dépressive, dont la forme est loin d'être constante, et dont le type est moins net et moins précis. C'est souvent dans la paralysie générale ordinaire que l'on voit apparaître de ces périodes dépressives qui n'ont parfois qu'une durée passagère et qui alternent alors avec des phénomènes expansifs.

Enfin, et pour compléter davantage encore des analogies déjà si frappantes, à côté de l'encéphalo-méningite simple, à forme de démence pure et sans mélange de phénomènes expansifs ou dépressifs, vient se placer l'ivresse stupide, cette ivresse dont l'obtusion intellectuelle forme le caractère dominant et où la lourdeur de la pensée, l'hébétude constitue le pendant de la démence paralytique. D'un côté, c'est le type de la paralysie générale avec usure graduelle, progressive et insensible des facultés psychiques; de l'autre, c'est une démence, une hébétude qui s'établit graduellement et qui, commencée par la lourdeur, finit par l'état comateux.

Un autre élément, l'émotivité, forme un nouveau trait d'union entre la folie paralytique et l'ivresse. La facilité des émotions d'abord, en dehors de toute cause réelle, le pas-

sage subit, rapide, sans aucune transition d'un état émotionnel à un autre, comme par exemple de la joie à la tristesse, de la colère à la résignation ; cette sentimentalité enfantine qui fera pleurer l'ébrieux devant l'événement le plus insignifiant, tandis qu'elle le laissera indifférent devant les plus grands malheurs ; cette sensibilité enfantine, irréfléchie presque instinctive, qui se manifeste à la moindre occasion et disparaît encore plus vite qu'elle n'a apparu, ce sont là des caractères absolument communs aux deux processus morbides.

Enfin, vient le délire qui, en général, n'est qu'une émanation plus ou moins directe des dispositions morales intimes ; les analogies de ces dernières sont déjà de nature à faire présager celles des conceptions délirantes. Si ces analogies, cependant, sont beaucoup moins frappantes qu'on ne puisse le croire de prime abord, c'est que le délire n'arrive qu'à une période avancée de l'ivresse, alors que le trouble intellectuel, la démence, domine déjà la scène morbide et enlève à l'idéation une grande partie de son énergie.

Dans la première période de l'ivresse, il n'existe, à proprement parler, pas encore de délire : il n'y a qu'une accélération de l'idéation, avec teinte ambitieuse des conceptions ; mais bien des paralysies générales n'ont pas, à leur premier début et dans l'ordre des phénomènes intellectuels, d'autres symptômes, et alors que l'affection est déjà bien nettement établie, toutes les idées peuvent se maintenir dans le domaine des réalités, comme dans l'ivresse ; l'exagération en constitue l'unique caractère intrinsèque.

Une fois que les conceptions délirantes apparaissent, elles se modèlent d'ordinaire sur celles de la paralysie générale

dont elles affectent les diverses modalités et dont elles offrent la plupart des particularités. C'est ainsi que dans le délire de l'ivresse les idées délirantes sont multiples, variées et variables ; l'imagination est féconde et enfante d'instant en instant les conceptions les plus étranges ; de là, cette tendance à raconter des histoires, des impossibilités, à mentir, à former des projets en l'air. Les idées sont mobiles, variables, changeantes ; si quelques-unes d'entre elles reviennent avec plus de ténacité et semblent préoccuper davantage, les autres sont flottantes, ne se ressemblent pas d'un instant à l'autre et sont oubliées aussitôt après avoir été émises ; elles sont absurdes, sans fondement, sans rapport avec les conditions dans lesquelles se trouve le buveur ; elles semblent surgir spontanément dans son esprit ; il les énonce immédiatement après les avoir conçues ; il les accepte sans contrôle et sans preuve, et s'il fait des projets, il songe rarement à la possibilité de les accomplir. Enfin, elles sont contradictoires entre elles ; l'ivrogne ne cherche pas à les concilier et ne s'aperçoit pas qu'elles s'excluent mutuellement.

Ne sont-ce pas là absolument les caractères des conceptions délirantes de la folie paralytique ? Ces caractères sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les rapporter ici : ils se résument en ces mots : multiplicité, mobilité, contradiction et absurdité ; sans aucune consistance, les idées cèdent à la première opposition et sont aussi vite oubliées qu'émises.

Le trouble formatif, c'est-à-dire la nature du trouble de l'idéation, n'est pas moins intéressant à étudier ; il se présente dans la paralysie générale sous forme de délire de satisfaction, de délire ambitieux et de délire d'exagération.

Ne sont-ce pas là encore les mêmes caractères que l'on trouve au délire dans les diverses périodes de l'ivresse. Orgueilleux et satisfait de lui-même, l'homme ivre ne voit toutes les choses qu'à son propre point de vue, occupe tout le monde de sa personnalité; tout en lui respire la suffisance et la vanité; la plupart de ses paroles ne servent qu'à lui donner de l'importance; il est communicatif, met tout le monde au courant de ses projets et de son bonheur comme de sa prospérité. C'est en un mot, quoique peu prononcé, un véritable délire de satisfaction qu'accompagne en général le délire d'exagération; les grandes phrases, les mots ronflants, les expressions hyperboliques ne tardent pas à donner à la conversation un véritable cachet de grandeur qui, dans certains cas, revêt même la forme du délire des richesses. Il est vrai que ces cas tranchés sont rares, et que le délire des grandeurs n'existe en général qu'à l'état d'ébauche.

Il nous reste, pour terminer ce chapitre, à dire quelques mots des lésions anatomiques, auxquelles l'on ne saurait toutefois attacher qu'une importance beaucoup moindre, parce que leur nature est trop imparfaitement connue. Cependant, dans l'un comme dans l'autre cas, ce sont des lésions non circonscrites, en nappe, et s'attaquant d'abord à cette trame vasculaire qui sert à alimenter les couches cérébrales grises, la pie-mère. C'est de là que semble partir l'altération anatomique de la paralysie générale progressive, c'est là que siége le trouble circulatoire de l'ivresse, la seule altération anatomique convenablement appréciée de l'intoxication alcoolique aiguë.

A peu près en même temps s'entreprennent les cellules de la substance grise, celles qui élaborent la pensée, et si

la nature intime de ces lésions n'est pas encore plus connue dans la paralysie générale que dans l'ivresse, tout tend à prouver que dans l'une comme dans l'autre, ces cellules sont directement atteintes.

Du parallèle qui vient d'être établi entre la folie paralytique et l'ivresse; des rapports si nombreux qui unissent ces deux individualités pathologiques; des similitudes si frappantes que dénotent les symptômes qui les constituent; de l'évolution qui les caractérise et de l'anatomie pathologique qui leur sert de base, il ne peut résulter qu'une seule conclusion : c'est que l'intoxication alcoolique aiguë n'est qu'une folie paralytique en miniature. Ainsi se vérifie l'opinion déjà émise par Bayle : « L'ivresse, qui au lieu d'être un état passager deviendrait permanente, ne serait autre chose que l'aliénation paralytique. »

Et, en effet, la durée, c'est-à-dire l'évolution des périodes est peut-être l'élément qui établit entre ces deux affections les différences symptomatologiques les plus profondes; mais de ce qu'un processus ne dure que quelques heures, tandis qu'un autre évolue en plusieurs années, il serait puéril de conclure à leur différence pathologique; là où existe la succession des périodes, la durée de ces mêmes périodes ne devient qu'un élément tout à fait accessoire.

Il répugnera peut-être à plus d'un aliéniste de reconnaître ces analogies entre deux affections dont les éléments constitutifs sont pourtant si uniformes, parce que dans l'une la conscience de soi-même peut longtemps persister, tandis que dans l'autre elle sombre d'ordinaire très rapidement; et c'est là peut-être le seul signe distinctif de quelque valeur entre les deux processus morbides qui nous occupent; l'homme qui s'enivre conserve longtemps la con-

science de son ivresse; il sait qu'il s'enivre, que ses idées se troublent; le paralysé général est presque toujours inconscient de son état maladif. Nous disons presque toujours, car cette règle est loin d'être sans exception : plus d'un malade, au début de l'invasion de son affection, sent sa tête faiblir, ses idées se troubler et non seulement il a une vague appréhension de devenir fou, mais il se voit pour ainsi dire devenir aliéné, et il le dit lui-même.

Du reste, la paralysie progressive débute fréquemment par une excitation fonctionnelle générale : « les malades veulent entreprendre de grands travaux; ils les discutent avec une lucidité relative, car les troubles de l'idéation ne se sont pas encore manifestés. Ils font de grands voyages, se livrent à des spéculations hardies souvent ruineuses, etc. On signale en même temps une surexcitation locomotrice et génésique. A cette période, le malade, déjà paralytique en puissance, conserve cependant la conscience de sa situation; comme l'homme ivre, il se rend compte du changement qui s'opère en lui; il voit très bien qu'une modification se produit dans ses habitudes, son caractère, ses dispositions et ses penchants; il le déplore souvent, fait son possible pour y résister, résiste souvent quelque temps et un temps plus ou moins long suivant la dose d'énergie dont il est encore capable, mais finit toujours par succomber (1). »

Quelle différence y a-t-il donc entre lui et l'homme ivre qui sent son ivresse? Une seule, de bien peu de valeur : c'est que l'homme ivre connaît la cause de son ivresse et le paralysé général, au début, connaît son ivresse spéciale si l'on veut, mais ne connaît pas l'agent et la cause qui l'occasionnent.

(1) LEGRAND DU SAULLE, in *Bélières Thèse.*

L'on n'a pas toujours suffisamment insisté sur ce caractère de l'état de conscience dans les premiers débuts de la folie, à une époque où celle-ci n'existe pas seulement en puissance, mais en fait. La plupart des aliénés, à moins que l'affection ne soit brusquement et rapidement envahissante, se rendent souvent parfaitement compte de leur état maladif; et s'ils ne veulent pas y voir de la folie, ils y voient au moins de la maladie, et en cela, ils ne diffèrent guère de l'homme ivre qui voit son ivresse, mais ne veut pas toujours la reconnaître.

Il ne faut pas oublier que la première période de l'ivresse, cette période expansive ou l'homme se connaît et se commande encore, doit plutôt être assimilée au stade prodromique de la paralysie générale, à cette période de son évolution où le délire n'est pas encore à proprement constitué, et où l'expansion de la sensibilité morale avec ses effets multiples est encore presque seule appréciable. Cette période, qui fait parfois défaut, est souvent de courte durée et le plus ordinairement méconnue, parce que, à cette époque, le malade qui est encore raisonnable, qui se rend encore compte de ses actes et de ses paroles, passe difficilement aux yeux des siens pour un aliéné. La similitude de l'ivresse et de la folie paralytique n'en est que mieux établie. Du reste, que l'on veuille bien prolonger par la pensée les périodes de l'ivresse, supposer le premier stade durant quelques mois, le deuxième quelques années, après une période de début de quelques semaines, quelle différence pourrait-on bien constater au fond des deux processus morbides?

Ainsi s'efface complètement cette question de conscience, qui de prime abord semblait établir entre l'intoxication alcoolique aiguë et l'encéphalo-méningite diffuse une limite

nette et tranchée, et qui, bien comprise, ne fait qu'augmenter encore les analogies qui les rattachent l'une à l'autre.

Nous pouvons donc nous résumer et dire qu'au point de vue anatomique, pathologique, pathogénique et clinique, l'ivresse offre les mêmes éléments constitutifs, les mêmes facteurs que la folie paralytique; elle présente les mêmes processus, la même évolution, et si on veut la faire entrer dans une classe de folie, c'est dans celle des aliénations psycho-somatiques, c'est-à-dire celle où les lésions anatomiques certaines, si non encore bien déterminées, président à l'ensemble pathologique, qu'il faut la ranger.

La comparaison qui vient d'être faite entre ces deux entités cliniques et les similitudes qui en découlent, nous permettront d'envisager la nature de l'ivresse à un point de vue plus général et sous un jour nouveau.

Si la nature anatomo-pathologique de la paralysie générale progressive n'est pas encore exactement connue, si les altérations anatomiques n'ont pas encore pu être dévolues à un type bien défini, il n'en est pas moins certain que l'usure de la cellule nerveuse de la couche grise doit en être le caractère fondamental, que cette usure se produise directement par l'influence d'une altération inhérente à sa texture ou qu'elle ne survienne que consécutivement, soit par la compression de la névroglie qui en produit la nécrobiose, soit par tout autre processus secondaire. Il n'en est pas moins vrai que la cellule nerveuse est réellement atteinte ; que c'est sur elle que se produit l'aggression morbide et que celle-ci est de nature non pas irritative, comme nous croyons qu'on le suppose généralement à tort, mais paralysante. Les symptômes maniaques, délirants sont des troubles de nature circulatoire, c'est-à-dire dépendant d'un

trouble dans la circulation, mais ils ne nous semblent pas dépendre de la lésion nerveuse elle-même, de cette usure de la cellule qui produit la démence. Ce qui tend à nous le prouver, c'est que la paralysie générale peut fournir toutes ses périodes, sans trace de délire ni d'excitation ou de dépression, et là où ces phénomènes existent, ils ne se produisent que sur un fond de démence et de débilité intellectuelle préexistant. Ces derniers symptômes sont les seuls absolument constants, et tous les auteurs sont d'accord pour les regarder comme primitifs, même là où ils sont cachés ou obscurcis par des épiphénomènes variables. C'est donc l'usure de la cellule nerveuse, amenant consécutivement son affaiblissement fonctionnel, qui constitue le fond, l'élément primitif de la lésion paralytique.

Appliquant cette pathogénie à l'ivresse dont la similitude avec la paralysie générale ne saurait plus être contestée, nous pourrons établir que ses premiers phénomènes sont de nature congestive; mais en même temps que ceux-ci se produisent, la cellule nerveuse elle-même est atteinte par l'alcool et subit son influence paralysante d'abord, destructive plus tard.

Et ainsi se vérifient une fois de plus les idées que nous avons émises dans un chapitre précédent sur la pathogénie de l'ivresse.

Les analogies si réelles sous tant de rapports que nous offrent ces deux affections ne laissent pas que d'être parfois étranges; car si des relations souvent étroites les unissent, des dissemblances frappantes semblent devoir placer entre elles des barrières infranchissables. D'un côté, la gravité du mal : l'ivresse est rarement mortelle; la folie paralytique l'est si souvent que l'on agite encore la quetion de savoir si

elle peut jamais guérir. Il est vrai que l'ivresse serait de même toujours fatale si l'on atteignait la dose voulue d'alcool; la durée ensuite; essentiellement passagère et ne laissant à sa suite aucun trouble sérieux, l'ivresse semble l'antipode de la paralysie générale, cette affection lentement et fatalement progressive et qui met presque toujours des années à atteindre son terme ultime.

Mais notre intention n'a nullement été de prouver que la nature elle-même de la lésion que subit la cellule nerveuse soit identique dans l'une comme dans l'autre affection. Il n'est guère possible encore de se former une idée, même approximative, de l'essence de cette altération, de cette modification par l'intermédiaire de laquelle l'alcool agit sur l'élément nerveux pour produire l'ivresse, pas plus que nous ne connaissons encore exactement le trouble organique qui préside à la destruction de la cellule des couches grises dans la paralysie progressive.

Mais ce que nous pouvons établir, c'est qu'entre l'intoxication alcoolique aiguë et la folie paralytique, il y a analogie dans l'organe et dans la région de l'organe attaqué (pie-mère et couches grises); dans l'élément atteint (cellules nerveuses) et dans le processus et l'évolution morbide qui président à la constitution des deux affections. Nous croyons avoir prouvé que le processus cérébral passager de l'ivresse affecte, dans son évolution et sa pathogénie, les mêmes conditions que la paralysie générale.

Il ne faudrait cependant pas se méprendre sur nos intentions: nous sommes loin de prétendre que l'ivresse soit une folie paralytique, et les analogies que nous avons indiquées montrent suffisamment en quoi elles diffèrent de la similitude.

5. MÉDECINE LÉGALE DE L'IVRESSE.

Des délits de tout genre peuvent se commettre pendant l'état d'ivresse; mais la nature même du processus ébrieux entraîne plutôt à certains genres de délits : « le vin pousse aux actes automatiques, à la colère aveugle et vague qui s'irrite follement ou résiste à des obstacles réels ou imaginaires », de là, prédominance des menaces, violences, outrages, voies de fait; l'excitation génésique conduit aux attentats aux mœurs ou au viol. Les actes plus réfléchis tels que vols, escroqueries, faux, sont plus rares.

La valeur juridique des actes commis sous l'influence ébrieuse et les caractères auxquels on peut reconnaître la responsabilité ou l'irresponsabilité de ceux qui les commettent, feront l'objet du chapitre qui va suivre.

Il est avant tout essentiel de faire une distinction absolue entre les deux espèces d'ivresse que nous avons décrites antérieurement, l'ivresse normale et l'ivresse pathologique. C'est au point de vue médico-légal surtout que cette distinction offre de l'importance; car si la seconde variété, l'ivresse pathologique qui est plutôt une folie transitoire alcoolique, ne présente aucune difficulté médico-légale, l'autre variété, l'ivresse normale, est peut-être de tous les troubles de l'esprit, celui qui est le plus capable d'embarrasser le médecin-légiste.

Théoriquement, ces deux états présentent des caractères bien distincts et qui ne permettent que difficilement la confusion; mais si dans la pratique l'on ne rencontre pas toujours des situations aussi tranchées, c'est que chez un même individu les deux variétés peuvent unir et confondre leurs symptômes respectifs. C'est alors à l'aliéniste qu'il

appartient d'éclaircir le complexus pathologique, de reconstituer avec les éléments confondus, les états primitifs, et d'assigner à chacun d'eux la part d'influence qui lui revient.

Il est essentiel de ne pas perdre de vue que si l'alcool peut brûler lui-même, il peut aussi servir d'étincelle qui met le feu à d'autres éléments, c'est-à-dire que, s'il peut occasionner des troubles plus ou moins spécifiques, tels que l'ivresse, le delirium tremens et la folie alcoolique, il peut aussi donner lieu à des folies plus ou moins transitoires, qui n'ont d'alcoolique que le nom et la cause qui les a produites.

Au point de vue médico-légal, c'est la première distinction à faire, et elle est capitale.

A. *Ivresse normale.* — C'est peut-être moins en elle-même que par les considérations connexes qui s'en déduisent, que le problème médico-légal de l'ivresse a été l'objet de si longues et si vives contestations, et que la pratique des différentes nations civilisées est aujourd'hui encore si différente, voire même si contradictoire.

Il ne nous serait pas bien difficile de faire un exposé historique détaillé de la question et de montrer par quels mobiles humanitaires ou philosophiques les savants et les jurisconsultes se sont, les uns prononcés pour la responsabilité absolue, les autres pour l'irresponsabilité complète, tels autres pour la responsabilité partielle des malheureux que l'ivresse avait amenés à commettre des délits ou des crimes; nous pourrions montrer les divergences remarquables qui séparent les législations des divers pays dans l'interprétation médico-légale des actes commis sous l'influence de l'ébriété : toutes considérations que l'on trouvera, du reste, exposées au long dans le travail de

Roesch sur l'alcoolisme, et dont la traduction est insérée dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, tome XX, p. 211.

Mais ces considérations, quelque intéressantes qu'elles puissent être, ne feraient guère avancer d'un pas la solution elle-même de la question qui nous occupe. Elles prouveraient tout au plus que des mobiles étrangers ont trop souvent guidé juristes et philosophes dans l'appréciation de la responsabilité de l'homme en état d'ivresse, et que tous ceux qui ont écrit sur ce sujet se sont toujours préoccupés bien plus des conséquences sociales que pourraient entraîner leurs théories, que de l'exactitude de ces théories elles-mêmes. Suivre cet exemple, ce serait s'engager dans une voie dangereuse et extra-scientifique où les questions de moralité, de devoir et de philosophie viendraient remplacerla science elle-même.

Dans l'appréciation médico-légale d'un fait délictueux, il ne s'agit nullement de savoir, si, en exemptant de toute imputabilité celui qui l'a commis, la société pose un acte louable ou blâmable; si, l'irresponsabilité ainsi prononcée peut avoir pour la société des conséquences heureuses ou funestes; ce qu'il s'agit de déterminer et d'établir, c'est la responsabilité elle-même, en dehors de toute autre considération, c'est-à-dire le point de savoir si, en posant cet acte délictueux, son auteur avait conscience ou non de l'acte qu'il posait; si en le posant, il n'a pas été guidé par des mobiles imaginaires ou maladifs ou s'il n'a pas été poussé par des impulsions irrésistibles; en un mot, s'il a joui de son libre arbitre, de sa volonté pleine et entière; s'il avait pleine conscience de la valeur de son acte et si l'esprit était assez lucide pour lui permettre de juger exac-

tement de la valeur de l'acte qu'il posait et des conséquences qui pouvaient en résulter.

C'est le seul terrain assuré sur lequel puisse se mouvoir la science médico-légale, en général, et celle, en particulier, de l'ivresse.

Qu'après cela, à supposer que la science en arrive à établir l'irresponsabilité de l'homme en état d'ivresse, la société trouve dans une telle solution un danger pour son existence et son fonctionnement, elle nous semble avoir le droit de n'en pas tenir compte et d'enlever à certains états psychiques le bénéfice d'une irresponsabilité de mauvais exemple; mais celle-ci n'en restera pas moins un fait scientifique, qu'aucune loi ni aucune jurisprudence ne pourraient détruire, pas plus qu'elles ne pourraient l'enlever à un état de délire halluciné véritable, en supposant que celui-ci puisse être volontaire.

C'est donc en elle-même et en dehors de toute autre considération, qu'il faut poursuivre la solution de cette question qui ne s'en simplifiera que davantage.

Les analogies que nous avons trouvées entre l'aliénation mentale en général et l'ivresse, le parallèle que nous avons établi plus spécialement entre l'ébriété et la folie paralytique, ne sauraient guère laisser de doute sur la nature de l'imputabilité qui doit en résulter pour les actes commis sous son influence.

Une fois que la boisson commence à faire sentir son action enivrante, l'homme éprouve une modification dans sa constitution intellectuelle et morale; intellectuellement et moralement, il n'est plus le même homme qu'il était avant d'avoir été soumis à l'influence de l'alcool. Ne fût-il qu'étourdi par la boisson, il n'est plus le même être qui

pense, qui raisonne, qui agit d'une manière calme et posée, qui calcule la portée de ses actes avec clarté et lucidité, en un mot, qui est dans la plénitude de son libre arbitre. Il devient irritable, colère, brutal, emporté; son caractère a complètement changé; ce n'est plus le même moi qu'auparavant; gai, heureux, expansif ou triste, sombre et mélancolique, audacieux et téméraire ou craintif, peureux et pusillanime, son moi moral est devenu, ou bien l'opposé de ce qu'il était antérieurement, ou bien l'exagération morbide de ce qu'il était à l'ordinaire; il est donc impossible que l'ébrieux juge encore les choses extérieures, ses actes propres et leurs conséquences avec le même esprit, les mêmes dispositions que celles auxquelles il était habitué. Il parle et agit avec une précipitation qui exclut l'attention, la réflexion et, par conséquent, un jugement sain. Son imagination lui représente les choses sous d'autres couleurs, sous une teinte qui ne constitue pas leur normale. Comment un homme agissant dans de pareilles conditions, sous de pareilles influences, pourrait-il jouir du même libre arbitre que celui dont il jouit quand il est dans son calme parfait? L'usage même que font ou désireraient faire de l'influence alcoolique certains criminels le prouve surabondamment. Que fait celui qui n'a pas le courage d'accomplir de sang-froid une action dont il comprend trop bien alors toute l'horreur? il boit, moins peut-être pour commettre inconsciemment son action, que pour se donner le courage, la hardiesse et nous dirons l'oubli intérieur et extérieur nécessaire à l'accomplissement. C'est qu'en effet, le premier degré de l'ivresse ne donne pas seulement la hardiesse, mais elle obscurcit assez l'intelligence, modifie suffisamment les conditions extérieures et la conscience intime

pour effacer les scrupules, enlever la connaissance exacte de l'horreur de l'acte que l'on va commettre et par conséquent aider à son accomplissement.

Il est de toute évidence que les nombreuses conditions, tant internes qu'externes, qui concourent à l'accomplissement d'un acte, étant ainsi modifiées par l'influence alcoolique, la responsabilité seule ne saurait demeurer intacte; elle aussi, subit des fluctuations qui doivent certainement varier avec le degré de l'ébriété, mais qui constituent, sans aucun doute, une déviation de la normale ; il en résulte que, au point de vue de la science médico-légale pure, l'ivresse doit toujours être considérée comme une atténuation d'un acte délictueux. C'est là un principe général qui ne saurait sérieusement être contesté; seulement là où le problème devient plus difficile à résoudre, c'est quand il s'agit de fixer les divers degrés de cette atténuation.

L'ivresse qui est constituée par un ensemble psychique à évolution progressive débutant par une simple obnubilation intellectuelle et morale, pour finir par un anéantissement complet de la conscience, ne saurait évidemment bénéficier d'une irresponsabilité complète et uniforme; celle-ci n'existe qu'à un certain moment, à une certaine période au-delà de laquelle il n'y a plus d'imputabilité possible, et en-deçà de laquelle la responsabilité est en raison du progrès de l'intoxication. La fixation de cette limite, ainsi que le criterium capable de l'établir, est un des points les plus difficiles et les plus ardus de la médecine légale de l'alcoolisme.

Ce n'est certes pas dans la définition et la délimitation des différentes périodes dont se compose la succession des phénomènes de l'ivresse que l'on peut espérer trouver la

solution. Friedrich, pour éviter tout malentendu, avait retranché de l'ivresse proprement dite la période pendant laquelle les facultés psychiques et morales sont considérées comme étant simplement exaltées. Il ne faisait commencer l'ivresse qu'au moment où la raison s'obscurcit et où l'esprit se trouble; mais ce moment même est trop difficile à fixer pour lui donner la valeur d'un signe diagnostique. « D'abord, dit Hoffbauer, les boissons accroissent le sentiment de bien-être physique et paraissent exercer une action non moins favorable sur les facultés mentales; car les idées prennent un cours plus libre : on s'exprime avec plus de facilité et en termes mieux appropriés; on a tout ce qu'il faut pour plaire en société, et l'on se trouve dans un état où l'on voudrait toujours être soi-même, ainsi que les autres. Jusque là, il n'y a pas d'ivresse, mais la marche des idées ne tarde pas à s'accélérer; on en a bien encore de bonnes, mais on éprouve de la peine à s'en rendre maître; ce qui le prouve, ce sont les efforts qu'un homme arrivé à ce point est obligé de faire pour achever un récit tant soit peu compliqué, car ses pensées courent avec tant de vélocité qu'il lui est difficile de les classer; ici commence l'ivresse. » L'on peut se convaincre par cet extrait que, s'il est déjà bien difficile de déterminer en théorie ce point de passage de la période d'exaltation de l'ivresse à l'ivresse réelle, il doit être absolument impossible de l'établir en pratique.

Les trois périodes qui composent cliniquement l'évolution de l'ivresse, et dont nous avons donné la description ailleurs, présentent à la vérité des caractères parfois assez tranchés, mais en aucun cas, ceux-ci ne sauraient offrir assez de netteté et surtout assez de fixité pour constituer la base d'un diagnostic médico-légal. Du reste, ces caractères

sont trop faciles à varier, et les différentes périodes passent de l'une à l'autre par des transitions trop insensibles, pour qu'il y ait moyen de baser le moindre diagnostic médico-légal sur des données aussi fragiles. Si, théoriquement, il est possible d'établir entre les deux ou même peut-être les trois périodes de l'ivresse une ligne de démarcation exacte, mais qui ne laisse pas que d'être arbitraire, en pratique, et surtout en pratique médico-légale, où la description des cas maladifs doit souvent être faite par des témoins tout à fait inexpérimentés dans la médecine, et qui n'apprécient que difficilement les questions de nuances, ces caractères distinctifs ne pourraient avoir aucune valeur et ne sauraient servir à fixer à l'imputabilité la limite que nous cherchons. La distinction entre l'ivresse complète et l'ivresse légère est encore moins scientifique et offre tous les défauts et imperfections de la division en trois périodes.

Si l'on veut s'en rapporter à l'état de la conscience intime de l'ébrieux et aux conditions psychologiques qui en découlent, l'on n'arrivera guère à des résultats plus clairs, ni plus satisfaisants que ceux que fournit l'examen des symptômes et du degré de l'ivresse.

Et ces données ont, du reste, paru si peu concluantes que l'on en était arrivé à s'abstenir de toute règle fixe et absolue; l'individualisation était devenue le seul et unique principe; chaque cas était examiné dans ses antécédents, ses caractères particuliers, l'intensité et la durée de ses symptômes, l'état intime des diverses dispositions morales qui l'avaient caractérisé, l'absence ou la persistance de la conscience intime, etc., etc. Il devenait alors essentiel de scruter les actes, les paroles, les propos, les gestes de l'homme ivre, avant, pendant et après l'accomplissement du délit ou

du crime, afin d'inférer de toutes ces conditions réunies s'il était réellement conscient de sa conduite, ou si celle-ci n'était que l'effet de trouble mental ou d'instincts et d'impulsions se produisant en dehors de toute volonté libre.

Tel est le rapport médico-légal de Maschka (1) et dont nous ne rapporterons ici que la discussion.

« Comme dans tous les poisons, la dose d'alcool nécessaire pour l'intoxication ne peut être jamais déterminée à priori. L'ivresse peut être divisée en trois degrés, mais dont les deux premiers seuls peuvent donner lieu à des considérations médico-légales; dans le troisième, l'individu est incapable d'agir. Ces degrés ne sont pas séparés par des limites toujours nettement tracées; ils se touchent en réalité avec les transitions et les combinaisons les plus remarquables, surtout quand on les considère dans les actes psychiques.

» Au premier degré, on voit souvent des transformations totales : le mélancolique devient gai et vice-versà; l'avare devient prodigue. Mais dès qu'on est obligé d'accorder de telles modifications, on a mis le pied sur le domaine obscur de la responsabilité. Il est donc impossible de porter un jugement en général et de soutenir qu'un homme légèrement ivre soit toujours encore maître de ses actions et responsable; tout aussi bien que l'on a tort de dire que l'effet de l'ivresse soit toujours *un et le même* sur le corps et sur l'esprit; que l'homme qui se tient debout, marche et commet certaines actions avec l'apparence de la raison, ne puisse pas être essentiellement troublé dans sa conscience et dans son libre arbitre, et doive être regardé comme responsable de tous ses actes.

(1) *Annales d'hygiène pub. et de médecine lég.*, 2e sér., t. XXXI, p. 471.

» Encore une fois, aucune règle générale ne peut être établie à cet égard, les exceptions sont trop nombreuses; il faut donc individualiser chaque cas et le regarder comme concret, et ce principe, si important en médecine légale, ne réclame nulle part sa valeur autant que dans l'ivresse. L'accusé a bu pendant l'après-midi et encore peu de temps avant l'acte, de la bière, de l'eau-de-vie en quantités non excessives, mais toujours fortes pour un homme qui n'en avait pas l'habitude ; l'ivresse pouvait donc avoir lieu et a existé, en effet. Elle est prouvée par le changement de caractère, par la manière d'être, par les paroles, par l'extérieur, par la futilité du motif et la gravité de la rixe. Les témoins disent bien qu'il se tenait debout, qu'il marchait, connaissait les cartes et comptait l'argent; mais ces circonstances antérieures à la rixe ne prouvent qu'une chose : c'est que l'accusé, malgré son ivresse, n'avait pas complètement perdu la conscience jusqu'au moment de la bataille.

» Quel était son état mental pendant et bientôt après la rixe, surtout au moment où il poursuivit et tua son adversaire? Voilà ce qui ne peut être déterminé avec précision, car on manque de toute indication, l'accusé était seul avec sa victime.

» Il faut cependant admettre la possibilité, même la probabilité que l'action de l'air et du froid ait exagéré les effets de l'alcool et de l'excitation psychique. On voit qu'il manque un anneau très important dans la chaîne de ces événements : à savoir l'état de l'inculpé pendant la perpétration de son crime. Néanmoins, l'examen minutieux de ce qui l'a suivi permet encore de jeter quelque lumière sur son état.

» Immédiatement après avoir commis le crime, l'accusé est revenu auprès de ses amis qui l'attendaient en disant :

« Ne parlez à personne de ce qui s'est passé » ; ce qui prouve que, malgré son ivresse, il savait avoir fait quelque chose de répréhensible. Puis il s'en alla avec ses amis tranquillement, sans le moindre trouble, se coucha et dormit en paix toute la nuit. N'est-ce pas une preuve qu'il n'avait pas conscience de la gravité de la portée et des conséquences de l'acte commis, mais qu'il n'avait qu'une idée vague d'un méfait? S'il n'en était pas ainsi, cette conduite après un acte aussi terrible ne serait pas à expliquer par la psychologie chez un homme à caractère aussi bon et aussi tranquille. Une nouvelle preuve est encore puisée dans la manière d'être de l'accusé. Le lendemain, à son réveil, il était étonné de se voir les habits déchirés et tachés de sang, et se méprenant sur la cause de ce désordre, il se mit à injurier ceux qui, d'après son idée, l'avaient ainsi maltraité pendant son ivresse. Puis il se rendit tranquillement à son ouvrage comme toujours. Tout ceci prouve que la connaissance vague et incomplète de l'acte, existant pendant l'ivresse, avait complètement disparu après sa cessation, ainsi qu'on le voit d'ailleurs assez souvent dans les empoisonnements alcooliques.

» Il est donc probable que l'accusé n'avait, ni la conscience d'avoir commis un meurtre, ni même l'intention de tuer ; dans l'excitation de l'air frais, de la rixe précédente et de la défense de la victime, il a frappé aveuglément, sans savoir qui et quelle partie il frappait ; de là, le grand nombre de plaies, dont presque chacune était suffisante pour donner la mort. C'est l'acte d'un fou furieux et non d'un meurtrier ordinaire. On peut donc conclure que la conscience et le libre arbitre n'étaient pas complètement supprimés pendant l'acte, mais dans tous les cas considérablement amoindris

et que la responsabilité doit diminuer dans la même proportion, etc. »

Voilà un exemple de cette individualisation des cas d'ivresse en médecine légale.

Cette pratique elle-même ne devait cependant pas mettre l'expert à l'abri de toute erreur et ses conclusions à l'abri de toute contestation.

Le degré de responsabilité se trouvait basé sur l'état d'inconscience, où était sensé s'être trouvé l'homme ivre au moment de l'accomplissement du délit, et cet état d'insconscience ne pouvait que s'inférer de la conduite et de la conversation de l'inculpé, éléments que l'on recueillait par témoignage. Or, la science n'est pas sans avoir montré des épileptiques, après de violents accès, c'est-à-dire à un moment où l'inconscience est la mieux caractérisée, parlant d'une manière raisonnable en apparence, se conduisant et agissant avec tous les dehors de la raison, et cependant, il n'existait à ce moment absolument aucune conscience intime. La conduite n'est qu'une suite d'actes tout à fait automatiques, auxquels la conscience ne participe aucunement, mais qui, comme dans le somnambulisme, conservent cependant les caractères d'un certain enchaînement et semblent au premier abord le résultat de combinaisons intellectuelles déterminées. Des états analogues peuvent se présenter chez les ébrieux, surtout chez ceux dont l'ivresse s'écarte le plus des intoxications ordinaires, comme chez les névropathes et les épileptiques; ces états que l'on constate encore dans certaines folies transitoires, se rapprochant plus particulièrement de l'épilepsie larvée, sont caractérisés par une inconscience complète et doivent nécessairement entraîner une irresponsabilité absolue.

L'inculpé qui fait l'objet de l'observation précédente, nous paraît avoir été dans une de ces situations, quand il a dit à ses camarades : « n'en dites rien », et elle ne paraît pas avoir été parfaitement et exactement appréciée par l'auteur du rapport médico-légal.

Enfin, il n'est pas rare de rencontrer, sous l'influence de certaines impressions physiques ou morales survenant soit au cours d'une ivresse, soit pendant un accès de manie transitoire de nature épileptique ou autre, de courtes échappées de lucidité relative, ou plutôt des réapparitions fugaces et passagères d'une conscience qui, pendant toute la durée de l'atteinte morbide, avait cependant complètement sombré.

Attacher donc à la conscience intime une valeur absolue dans la détermination de la responsabilité de l'homme ivre, serait poser un acte faux et éminemment préjudiciable à la saine justice ; et baser ses conclusions sur les témoignages qui se produisent dans ces circonstances serait commettre une autre erreur tout aussi grave. Les témoins, jugeant l'ébrieux d'après les paroles prononcées et les actes commis, ne pourraient qu'affirmer sa présence d'esprit au moment du fait, car sa conduite semble guidée par un enchaînement raisonnable.

Les exemples ne manquent pas à l'appui de cette manière de voir; nous ne citerons que celui du rapport médico-légal de Bouchett, sur un meurtre commis en état d'ivresse (1).

Après des antécédents qu'il est inutile de rapporter ici, « les deux jeunes gens précipitaient leur marche, et à 4 heures du soir, la chaleur du jour ayant été forte, le jeune Poirier

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1844, t. III, p. 232.

s'étant un instant arrêté, Henry criait à une dame assise sur le bord du chemin, en tirant un couteau-poignard qui lui avait servi jusqu'alors à débourrer sa pipe : Toi, la dame, je veux t'assassiner; toi, la dame, je veux t'assassiner; sauve-toi, la dame, ou je t'assassine. La dame se sauvait, mais au même instant trois ouvriers paraissant au détour du chemin, Henry se précipitait sur eux et les frappait successivement avec la plus grande rapidité. Après ce meurtre, Henry était calme. Il marchait tranquillement et se tournait vers son camarade et lui disait : Viens-tu? Mais au cri de : meurtrier, assassin, il jetait son couteau-poignard, courait sans pouvoir être arrêté par les poursuivants, tombait un instant devant un obstacle, se relevait, rentrait en ville, arrivait à son domicile, montait ses deux étages, et là, dans le plus grand désordre, se déshabillait et se mettait au lit.... Le lendemain, à son reveil, il manifesta encore le plus grand étonnement et un oubli complet de tous les faits passés depuis sa sortie du dernier cabaret. »

Si l'on relit avec attention l'observation médico-légale dans toute l'extension que lui donne son auteur, il est impossible de ne pas être convaincu que cette tentative de meurtre a été perpétrée dans un état d'inconscience complète, quelle que soit, du reste, la cause de celle-ci. Or, il est non moins évident qu'aux yeux du public et des assistants, Henry a donné à deux reprises diverses des signes évidents d'une conscience parfaite de la situation extérieure : la première fois, quand il dit à la dame : Sauve-toi ou je t'assassine; la deuxième fois, quand aux cris d'assassin, il jette son couteau et s'enfuit en regagnant son domicile où il se couche.

L'observation de Maschka vient encore à l'appui de notre

manière de voir. Immédiatement après avoir commis le crime dont il était accusé, l'auteur est revenu auprès de ses amis qui l'attendaient en leur disant : ne parlez à personne de ce qui s'est passé; preuve évidente qu'à ce moment le malade avait un semblant de conscience extérieure, bien que la conscience intime fût complètement anéantie.

Du reste, l'on voit intervenir dans l'ivresse certaines circonstances dont l'influence immédiate est éminemment capable de produire un raptus passager, une impulsion subite dont les conséquences peuvent être des plus graves, et dont la durée est souvent aussi courte que les actes que ces situations morales ont entraînés à leur suite.

L'horreur même de l'acte est parfois capable de rappeler pour un instant une conscience toute fugitive, laquelle peut simuler une présence d'esprit, une lucidité qui fait cependant complètement défaut et qui a davantage encore fait défaut au moment de l'acte.

La conscience intime ne saurait donc, en aucun cas, servir de criterium au diagnostic médico-légal de l'irresponsabilité dans l'ivresse. Non seulement il est difficile d'en constater l'absence par témoignage, mais encore, alors même qu'il a été prouvé qu'elle continuait à persister à un faible degré, il n'en résulterait pas pour cela que l'acte incriminé n'eût pas été commis en dehors de toute participation réelle et volontaire de l'ébrieux, c'est-à-dire en dehors des conditions de l'imputabilité.

Les actes de violence, les méfaits, les délits, crimes ou meurtres perpétrés pendant l'ivresse ont d'ordinaire le caractère de l'impulsion, de l'automatisme instinctif, et, comme tous les actes de ce genre, se produisent souvent instantanément, transitoirement, sans que la conscience intime ait

été complètement obscurcie, ni avant, ni après l'époque où s'est commis l'acte incriminé. L'inconscience n'est donc, pas plus en théorie qu'en pratique, le signe certain de l'irresponsabilité de l'ébrieux, et là où elle l'est réellement, sa constatation trop difficile lui enlève une grande partie de sa valeur.

Mais il est un autre caractère beaucoup plus précieux, dont l'existence est plus aisée à démontrer, et qui constitue réellement le véritable criterium de l'imputabilité dans l'intoxication alcoolique aiguë; ce caractère, qui vient du reste corroborer l'existence de l'inconscience, c'est l'amnésie. Le souvenir divise l'ivresse en deux périodes bien distinctes, l'une dans laquelle la mémoire du fait persiste, bien qu'obtuse; l'autre dans laquelle toute mémoire a complètement sombré et dans laquelle les actes n'ont laissé dans le souvenir qu'une obscurité profonde.

L'inconscience comme l'amnésie sont parfaitement bien décrites dans la relation faite par un malheureux qu'une ivresse profonde avait transformé en assassin. « Le 6 octobre 1844, au milieu de la nuit, à 2 heures du matin, le cadavre d'un anglais, le dr Thorn, fut trouvé gisant sous le vestibule de l'hôtel de ville, frappé au cœur d'un coup de poignard. Peu d'instants auparavant, le dr Thorn avait été vu dans le bureau de police avec M. Sallior, commissaire de police, à Calais. Tous deux étaient en état d'ivresse, et ce dernier qui se trouvait près du cadavre quand on le releva, ne put rien expliquer; il fut mis en état d'arrestation. Interrogé sur ce qui s'était passé, après avoir parlé du lieu où pour la première fois, il avait rencontré le dr Thorn : J'ignore, dit-il, à quelle heure je sortis et avec qui; comment je fis le trajet de l'hôtel de ville à mon bureau; qui

a ouvert la porte et allumé la lampe. Je me rappelle qu'on est venu me demander des permis; je ne puis me rappeler les personnes. Seulement lorsque je voulus les écrire, j'eus en ce moment la conscience de mon état, car je ne pouvais tenir ma plume et ma tête tombait sur mon pupitre. Mais quel est ce cadavre, c'est ce qu'il m'est impossible de comprendre et tout rentre pour moi dans la nuit. Plus tard, cependant, quand on fait une perquisition sur ma personne, cet acte, à ce qu'il paraît, me tira encore de ma léthargie..., j'éprouve un moment d'indignation qui est resté dans mon souvenir, puis bientôt encore il s'efface et tout disparaît pour moi jusqu'au moment où, après un sommeil de plusieurs heures, je me trouve en face de l'accusation terrible qui est portée contre moi. Voilà, ajoute M. Sallior, tout ce qui m'est resté de cette scène horrible. Pendant les longues insomnies de ma captivité, j'ai fouillé dans mes souvenirs, j'ai usé tous mes efforts pour faire retrouver à ma mémoire quelques détails, je n'ai rien trouvé (1). »

Tous les actes qui se sont produits pendant cette période d'amnésie doivent bénéficer d'une irresponsabilité absolue; tous les actes commis pendant la période de souvenir confus ou de mémoire complète doivent être imputables à leurs auteurs, mais dans des conditions diverses suivant le degré de l'ivresse et les symptômes plus ou moins graves qu'elle présentait à l'époque du délit. Ce principe, qui a l'avantage d'offrir un criterium certain aux investigations du médecin-légiste, est évidemment moins abstrait que la notion de conscience intime; il sait s'apprécier, se mesurer avec facilité et n'est sujet à aucune controverse théorique. Les deux observations suivantes montreront toute la valeur pratique

(1) *Annales méd.-psych.;* 1845, tome V, p. 281.

d'un criterium qui nous paraît, seul, dans l'état actuel de la science, en état de servir de guide au médecin-légiste dans le dédale des manifestations de l'ivresse.

Observation VII. — Meurtre pendant une ivresse inconsciente.

M..., maçon, âgé de 42 ans, homme honnête et honorable, vivait en mauvaise intelligence avec sa femme; un jour, sans aucune dispute préalable, il la tua en lui assénant plusieurs coups de hache sur la tête et dans le dos, puis alla se constituer prisonnier, prétendant avoir commis ce meurtre dans un moment d'égarement inconscient.

M... a toujours été considéré comme sain d'esprit et fort sensé; il n'offre aucune trace de maladie corporelle et n'a eu qu'une inflammation pulmonaire, il y a 6 ans; il passe pour un homme actif, intelligent, économe. Dans ces dernières années, la conduite de sa femme, qui faisait des dettes, le battait, le maltraitait, lui refusant les devoirs conjugaux et voulant même se séparer de lui, l'avait beaucoup chagriné; il chercha sa consolation dans la boisson sans toutefois devenir un ivrogne. Malgré des motifs sérieux, il ne conçut cependant aucune animosité contre elle et ne voulut pas consentir à demander le divorce.

Quelques jours avant le fatal événement, une nouvelle dispute eut lieu, ensuite de laquelle les époux ne s'adressèrent plus la parole. Le matin même du jour où il la tua, il dut de nouveau se mettre en colère contre elle, but pas mal d'eau-de-vie pendant la journée et on l'entendit même s'écrier « il n'y a plus moyen d'en sortir ». A la rentrée de son travail, M... était ivre et ne tenait plus bien ferme sur ses jambes. Il se mit à invectiver sa femme, ainsi qu'une voisine qui se trouvait là; appela la première « vieille cour-

tisane », se promena en long et en large dans la chambre, en proie à une grande excitation, donna tout à coup un violent coup de poing sur la table, cassant le verre et une lampe qui s'y trouvaient, et quand sa femme se borna à dire d'un ton calme : « c'est déjà le deuxième verre de cette semaine », il se mit à maltraiter son fils et la grand-mère qui essayait d'éloigner l'enfant en pleurs. La mère s'écria alors : « mon Dieu, maintenant il me bat encore mon enfant », et elle s'éloigna. M..., toujours excité, fit quelques tours de la chambre, et peu après, un cri perçant retentit dans la place voisine et aussitôt l'on en vit sortir M... qui ferma la porte avec fracas, en retira la clef et s'éloigna rapidement; la porte fut enfoncée et l'on trouva la femme mourante.

On était encore à l'entourer, quand M... revint, n'ayant que ses bas et un lacet à la main; il était assez excité, et quand on lui dit que sa femme n'avait plus que quelques heures à vivre, il s'approcha d'elle en disant : « pauvre Mina, ainsi je te survivrai; tu as encore bien dû souffrir; je pensais que tu serais morte aussitôt. » Quand on l'arrêta, il dit aux représentants de la justice : « pendant huit années, cela a bien marché; mais ces huit dernières années, cela ne marchait plus du tout; je n'ai pu faire autrement. » Quand on lui demanda ce qu'il avait fait après l'événement, il répondit qu'il s'était enfui, sans savoir où il allait, qu'il était tombé deux fois à l'eau, ce qui l'avait dégrisé et ramené à la conscience de lui-même. « Il me semblait comme si j'avais dû faire quelque chose de mauvais chez moi, et je m'empressai de revenir au plus vite à l'effet de juger de ce qui s'était passé. » Dès qu'il vit sa femme baignée dans son sang, il devint évident pour lui, que c'était lui qui s'était rendu coupable de ce méfait. Pendant son transfert à la

prison, qui eut lieu en voiture, il fit un long somme.

Aucun antécédent héréditaire ne peut être constaté chez lui; il ne buvait d'ordinaire que peu, parce qu'il supportait fort mal la boisson.

Le rapport médico-légal établit que la passion et l'alcool ont uni leur funeste influence pour amener un état mental voisin de l'inconscience; l'amnésie et la conduite de l'accusé immédiatement après l'acte viennent corroborer cette opinion. M... fut condamné à cinq années de travaux forcés, par suite de l'admission de circonstances atténuantes, le tribunal ayant déclaré qu'il avait commis son meurtre dans un état qui, sans exclure complètement la connaissance de soi-même, confinait cependant à l'inconscience (1).

Observation VIII. — En septembre 1867, un individu âgé de 22 ans, d'un caractère affable et tranquille, d'un tempérament phlegmatique, ne s'adonnant pas d'ordinaire à la boisson, tua pendant un accès d'ivresse, son partenaire aux cartes, avec lequel il avait eu une violente dispute. Il fit valoir à la justice comme excuse de son crime, cette considération : qu'il n'avait conservé absolument aucun souvenir de tout ce qui s'était passé, depuis le moment où il avait bu sa dernière goutte d'eau-de-vie jusque assez longtemps après l'événement; il devait par conséquent avoir perdu tout à fait la conscience de lui-même. Des témoins déclarèrent que l'inculpé avait consommé une quantité suffisante de boissons pour pouvoir admettre son ivresse. Il fut en outre, constaté que pendant la dispute qui s'était élevée entre les deux joueurs, la figure de l'inculpé était vultueuse et injectée et que c'est en criant avec violence « il faut que je l'assomme », qu'il s'était mis à la poursuite de sa victime;

(1) *Vierteljahrsbericht f. gerichth. Medecin*, XVI, 2e livraison.

mais il rentra bientôt dans la salle parce qu'il ne l'avait pas rencontré ; ce ne fut qu'au sortir du cabaret qu'il trouva son partenaire près de la porte ; alors il s'élança sur lui, lui asséna un violent coup sur la tête et se mit à sa poursuite. Peu après, on le vit retourner vers ses camarades en leur disant : « venez et n'en dites rien à personne ! » ou bien suivant une autre version : « ne dites à personne que je l'ai tué. » Sans montrer, ni repentir, ni le moindre sentiment de douleur, et sans plus proférer une seule parole, il retourna chez lui, se mit au lit et s'endormit aussitôt. Le matin, au réveil, il fut tout surpris de trouver sa veste déchirée et ses vêtements et son couteau tachés de sang ; il manifesta son étonnement par quelques exclamations, et sans se douter de rien, enleva les taches de sang et se rendit à son travail où il fut arrêté. L'interrogatoire et les rapports prouvèrent qu'il n'avait eu conscience, ni de la partie de cartes qu'il avait faite, ni d'aucun autre événement. Il continuait à croire qu'il n'avait pas été maître de ses sens. »

Ce n'est pas cependant qu'il faille attribuer à un caractère unique une importance exagérée et négliger les autres données capables d'éclairer le médecin légiste et de l'aider à se rendre compte du degré de liberté morale, dont a joui le prévenu qu'il est chargé d'examiner. Aucun détail, aucun symptôme, aucun incident ne doit être perdu de vue et c'est autant dans les antécédents névropathiques du malade que dans les symptômes de son ivresse, comme dans les circonstances qui l'ont précédée, accompagnée et suivie qu'il faudra chercher les arguments capables de fortifier et de contrôler les résultats fournis par l'amnésie.

Celle-ci offre cependant un inconvénient, c'est la difficulté

de sa constation réelle et la facilité de sa simulation; car il est toujours peu aisé de démontrer d'une façon certaine l'existence d'un phénomène subjectif.

Simulation. — L'ivresse, arrivée à la période où on peut la considérer comme impliquant l'irresponsabilité complète, est des plus difficile à simuler; nous n'avons trouvé aucun exemple où la chose ait été essayée. L'ébriété n'atteint son point culminant que par degrés, lentement progressifs, et à travers un ensemble de phénomènes complexes, qui nécessitent un art particulier et peut-être une science réelle pour être convenablement contrefaits.

Ce qui serait beaucoup plus facile, ce serait d'alléguer, le lendemain, tous les éléments de l'irresponsabilité, notamment l'amnésie, pour un crime commis la veille, dans un état d'ivresse notoire, mais en dehors des conditions excluant l'imputabilité.

Bien qu'aucun fait de ce genre ne soit à notre connaissance et que ceux qui ont été rapportés se soient produits dans des circonstances tout autres, il est cependant probable qu'ils ne manqueraient pas de surgir du jour où la jurisprudence aurait définitivement admis l'irresponsabilité de l'homme, arrivé à un certain degré de l'ivresse. La simulation serait d'autant plus facile qu'elle aurait à porter sur des symptômes moins nombreux et sur un ensemble symptomatologique moins compliqué. Là, où un phénomène unique constitue le criterium de l'état mental, la défiance du médecin légiste est de rigueur et doit être d'autant plus grande que le caractère distinctif a plus de valeur.

Prétexter l'oubli complet des événements semble, de prime abord, une tâche facile et à la portée du premier

venu. Heureusement que tout criterium, quelle qu'en soit la valeur, doit être corroboré par tout un ensemble de phénomènes destinés à en légitimer l'existence. Il faut d'abord que l'amnésie ne puisse pas seulement être alléguée par l'intéressé, il faut encore qu'elle ressorte de tout l'ensemble des phénomènes qui ont accompagné et suivi l'acte incriminé; mais comme nous l'avons déjà dit, les premiers n'ont qu'une valeur restreinte, parce que l'état de conscience peut sembler exister sans exister réellement; les seconds, ceux qui suivent l'acte à un intervalle plus ou moins long, ont plus de valeur; aucun événement, aucun détail, quelque minime qu'il soit, ne sera négligé, car le fait le plus insignifiant peut avoir son influence pour prouver la sincérité de l'inculpé : toute sa conduite, depuis le moment de l'acte jusqu'au moment où il l'apprend ou le reconnaît lui-même, sera scrutée avec la plus minutieuse exactitude. L'ivresse est suivie d'un sommeil plus ou moins long, et c'est au sortir de ce sommeil, quand le buveur cherche à rassembler ses souvenirs, qu'il faut essayer de le prendre sur le fait et interpréter les actes qu'il a posés pour faire ressortir sa sincérité ou sa mauvaise foi. Du reste, les investigations ne porteront pas seulement sur les symptômes, les degrés de l'ivresse, les circonstances qui l'ont accompagnée, mais encore sur les antécédents héréditaires et morbides de l'inculpé, et surtout sur sa constitution névropathique.

Quoi qu'il en soit de ce point, du reste accessoire dans la question qui nous occupe, ce criterium préconisé et admis surtout par Krafft-Ebing, dans sa *Psycho-pathologie légale*, donne à la science au moins un point de repère pour diriger ses investigations dans une symptomatologie aussi

variée que celle de l'ivresse ; il commande une irresponsabilité absolue. Il est vrai que sous ce rapport, les divers auteurs ne sont pas entièrement d'accord. C'est ainsi que dans le rapport médico-légal de Maschka, où l'amnésie était cependant complète, le médecin-légiste ne conclut qu'à l'atténuation de la responsabilité, parce que la conscience et le libre arbitre n'étaient pas entièrement supprimés. Mais cette persistance de la conscience est un fait très difficile à prouver ; l'auteur du rapport en question la fait dériver de ce fait que l'assassin, immédiatement après le meurtre, revint auprès de ses amis, leur disant « ne parlez à personne de ce qui s'est passé. » Si la conduite semble prouver la conscience du fait, elle prouve aussi l'inconscience de la valeur du fait en lui-même ; ce qui est dans l'occurrence, la question principale. Il en résulte encore cette preuve que, sous certaines impressions, une conscience du monde extérieur peut reparaître sans impliquer pour cela une conscience intime de soi-même dont l'intégrité seule implique la responsabité. Bien que dans plusieurs des observations rapportées, l'amnésie n'ait pas suffi à disculper l'auteur d'un crime, nous croyons cependant que ce principe ne devrait subir aucune exception ; il est du reste, nous semble-t-il, admis chez nous ; car nous avons eu l'occasion de voir plus d'un accusé renvoyé des poursuites pour avoir commis un crime dans une période d'ivresse inconsciente ; nous rappellerons notamment ce pompier qui tira sur son sergent, dans les conditions énoncées plus haut, et fut envoyé dans un asile d'aliénés.

Mais l'existence d'un criterium unique ne nous donne encore que la moitié de la solution que nous poursuivons.

Une fois écartées, toutes les circonstances où l'amnésie

complète implique une solution radicale, reste une foule de cas où l'ivresse, souvent profonde, doit soulever des doutes sérieux sur l'intégrité de la conscience. Il n'est guère permis de dire avec Friedrich, que dans ces cas l'ivresse doive entraîner ou une irresponsabilité absolue ou une responsabilité complète ; l'on saurait tout aussi peu graduer l'imputabilité aux divers degrés de l'ébriété, car nous avons suffisamment démontré qu'il n'est pas possible de donner à ceux-ci des limites suffisamment exactes dans la pratique pour pouvoir leur appliquer une pénalité corrélative. Responsabilité absolue ou responsabilité limitée sont donc les seuls termes qu'il soit possible d'admettre pour tous ces cas, et ce sont les seules distinctions que l'on puisse appliquer à tous les degrés de l'ébriété où le maintien du souvenir, même confus, doit entraîner une imputabilité quelconque, soit limitée, soit entière.

La question de savoir où commence cette diminution de la responsabilité est peut-être plus difficile à résoudre que celle de la limite de l'irresponsabilité absolue; cependant la chose est indispensable, car s'il est une période de l'ivresse où l'ébrieux est encore parfaitement conscient et responsable de ses actes, et s'il est une période où ces conditions sont absolument absentes, il n'en est pas moins vrai qu'entre ces deux périodes extrêmes il existe un intervalle où la nécessité d'une responsabilité limitée s'impose à la science.

L'application des circonstances atténuantes par lesquelles on a voulu, en Allemagne au moins, remplacer l'admission d'une responsabilité limitée, est une procédure qui nous paraît aussi vicieuse par la forme qu'elle emploie, que par le fonds même qui la constitue. Ses inconvénients apparais-

sent plus encore dans l'ivresse que dans tout autre état psychopathique. Un trouble mental, volontairement acquis, et qui en lui-même constitue déjà un écart, si pas un délit, ne saurait jamais, d'après nous, devenir une circonstance atténuante, à moins qu'il ne soit absolument involontaire, ce qui n'arrive qu'assez rarement; tandis qu'il ne répugne à personne d'admettre que cet état affaiblit le libre arbitre et amoindrit la responsabilité. Ce dernier fait constitue un principe scientifique, dont on pourra tirer telle conséquence que l'on voudra dans la pratique, sur lequel on pourra baser telle ou telle application de procédure, mais qui en lui-même est et restera toujours le même fait scientifique, que nous croyons indéniable, c'est-à-dire qu'à partir d'un certain moment de l'ivresse, jusqu'à celui où le souvenir a absolument et complètement sombré, l'homme ivre n'est qu'en partie responsable des actes qu'il commet.

Dans cet intervalle de l'ivresse, l'ébrieux a certes encore conscience de lui-même et du monde extérieur; il sait encore se dominer, s'il le veut; le libre arbitre persiste jusqu'à un certain point; mais qui oserait soutenir que ces conditions soient identiques à celles de l'homme en parfaite possession de lui-même? L'ébrieux a certainement encore conscience de ce qui l'entoure, mais il ne le voit plus sous le même jour; quand il est exalté et expansif, les choses extérieures lui paraissent revêtir des formes particulières; tout semble lui sourire; tout prend à son aspect, un cachet riant et enchanteur; plus léger, plus confiant en lui-même, il n'aperçoit plus que le beau côté des choses; transporté dans un milieu tout autre, dans un milieu qui fait sur lui des impressions toutes différentes de celles qu'il était habitué à en recevoir, et cela parce que le moi qui les reçoit est

tout à fait modifié, il ne sait plus porter sur ce qui l'environne un jugement conforme à la réalité ; ses dispositions morales surtout aident à lui donner le change sur sa véritable situation. Le premier effet des boissons spiritueuses est d'ouvrir le cœur, de le rendre meilleur, plus bienveillant, plus affable, plus indulgent et disposé bien plus à contracter des amitiés et à pardonner à ses amis qu'à leur être hostile et désagréable. Mais bientôt le caractère change; l'ébrieux devient susceptible, irritable, défiant ; les passions s'allument ; l'ébrieux est hardi, téméraire et il devient aussi enclin à la violence et à la brutalité qu'il l'était auparavant à la douceur et à la bienveillance. Et tout cela sans motif extérieur, sans autre modification causale réelle qu'un changement des dispositions morales intérieures. Qu'il soit exalté et brutal ou sombre et hébété, l'ébrieux est un être instinctif qu'une impulsion intérieure, sans détermination réelle, guide en aveugle, conduit d'abord, excite ensuite, et finit par dominer complètement, impulsion qui a d'autant plus d'empire sur le malheureux qu'elle étreint, que l'esprit se trouble davantage et que la volonté s'affaiblit avec le reste des facultés. Ces deux facteurs, impulsion et réflexion, ont presque toujours une marche inverse.

L'on ne manquera pas d'objecter qu'un élément fait défaut à l'irresponsabilité plus ou moins partielle, quand on l'examine à cette période de la folie : cet élément c'est l'inconscience. Et en effet, l'ébrieux y conserve toujours jusqu'au bout une conscience, quelque minime qu'elle soit, et de lui-même et du monde extérieur ; il a même conscience de son ivresse et continuè à jouir d'une certaine volonté libre. Mais ce sont précisément là, les conditions de la responsabilité limitée ou partielle. Du moment où tous les éléments

qui la gouvernent font défaut, la responsabilité elle-même disparaît, et ce sont précisément l'insuffisance ou la diminution des conditions impliquant une imputabilité complète, qui amènent une responsabilité partielle. Et ces conditions ne sauraient se rencontrer nulle part mieux établies que dans les deux premiers degrés de l'ivresse, ou plutôt dans toute cette partie de l'ivresse où l'amnésie et l'inconscience ne sont pas complètes et absolues : un milieu extérieur qui paraît autre; des dispositions intérieures modifiées; une exaltation émotive et passionnelle; un certain degré d'obscurcissement intellectuel; un affaiblissement de la volonté.

Qu'avec cela, il persiste même un certain degré de conscience intime, le résultat final n'en est en rien modifié; les aliénations avec conscience, et conscience entière, sont aujourd'hui trop nombreuses, et ce sont peut-être celles où la volonté est la plus annihilée et le libre arbitre le plus enchaîné, par exemple la folie par obsession, pour que cet élément de la conscience puisse avoir quelque valeur dans la solution de la question.

Reste à résoudre une troisième question toute aussi épineuse, celle de savoir où commence dans l'ivresse la responsabilité partielle. Si l'amnésie peut devenir un criterium admissible entre l'irresponsabilité absolue et l'imputabilité limitée, le criterium entre cette dernière et la responsabilité complète se dégage bien plus difficilement.

Où commence la véritable ivresse? Le sentiment de bien-être physique et moral qui suit l'usage modéré d'une boisson spiritueuse, cette légèreté sentimentale qui porte l'homme à l'expansion, à la gaieté, le rend communicatif et sociable, le rend-t-il en même temps ivre? Avec Hoffbauer

et Roesch nous ne le pensons pas. Nous rapportant à ce que nous avons exposé à la pathogénie de l'ivresse, nous ne considérerons comme telle, en médecine légale, que l'action de l'alcool sur le système-nerveux lui-même, c'est-à-dire l'altération des trois grands ordres de facultés physiques, intellectuelles et morales; il n'y a d'ivresse médico-légale que là où la motilité est atteinte, l'idéation pervertie et les sentiments lésés, quelque légères que soient, du reste, ces altérations. Pour que l'on puisse donc admettre une irresponsabilité à un degré même minime, il faut que les rapports de l'intéressé avec lui-même et avec le monde extérieur aient été modifiés, que la liberté morale soit enchaînée, le libre arbitre affaibli. De telles conditions ne se rencontrent que là où l'ivresse dépasse le premier degré et se trouve caractérisée par de l'incohérence et du trouble dans les idées, des modifications dans les sentiments et les penchants, de l'embarras de la parole et un défaut d'équilibration. Dès que l'on constate, à un certain degré, l'existence simultanée de ces trois phénomènes, il en résulte toujours un trouble assez profond du fonctionnement intellectuel pour entraîner une restriction de la liberté morale, et par conséquent, une atténuation de la responsabilité.

Ici, du reste, plus que partout ailleurs, il devient indispensable d'individualiser le plus possible et d'éviter les règles trop générales. Un point essentiel est de ne pas confondre l'ivresse normale avec les différentes modalités d'ivresses pathologiques dont les variétés sont plus nombreuses encore qu'on ne le pense. L'idiosyncrasie a une influence excessive et profonde sur les caractères de l'ivresse, et la moindre condition névropathique ou psycho-

pathique du sujet suffit pour imprimer à l'ensemble comme à la marche de l'intoxication alcoolique aiguë des particularités qui la font dévier d'autant du type normal, pour la rapprocher du type pathologique, et celui-ci modifie bien vite les conditions d'imputabilité. Avant même les symptômes de l'ivresse, c'est le fonds normal de celui chez qui on l'observe, qu'il faut scruter avec la plus scrupuleuse attention, car c'est autant le caractère de l'ébrieux que l'alcool lui-même qui fait l'ivresse.

Il est non moins essentiel d'examiner le sujet au point de vue de l'existence antérieure de l'intoxication alcoolique chronique, qui vient notablement modifier la valeur médico-légale des actes commis pendant l'ivresse elle-même; il devient indispensable d'avoir égard aux deux processus qui s'influencent réciproquement de la façon la plus défavorable. L'alcoolisé chronique est un dément chez lequel la force de résistance a déjà notablement cédé, chez lequel les passions et impulsions trouvent à peine un contre poids, quand il est dans son état de calme ordinaire; à plus forte raison, la liberté morale et le libre arbitre doivent-ils céder quand une nouvelle cause d'obscurcissement moral vient se joindre à celle qui existait déjà.

Les autres circonstances qui accompagnent l'ivresse et qui sont de nature à en modifier les caractères, auront une valeur considérable dans l'appréciation du fait; nous les avons exposées dans le chapitre précédent; rappelons ici que les changements brusques de température et les émotions morales vives doivent entrer en première ligne.

Tels sont, au point de vue de la science pure et dans la limite de nos connaissances actuelles, les principes qui nous semblent devoir régir la médecine légale de l'ivresse.

Ces principes doivent-ils recevoir dans la pratique ordinaire, les conséquences qu'ils comportent, c'est là une question tout à fait incidente, qui ne modifie en rien les principes eux-mêmes et qui ne doit pas être influencée par eux.

Tour à tour et chez les divers peuples, l'ivresse a servi tantôt d'atténuation, tantôt d'aggravation de la pénalité. Tandis qu'en Grèce, Solon condamnait à mort les archontes pour l'ivresse et que Pittacus établissait une peine double pour les fautes commises pendant l'ébriété, à Rome, les hommes plongés dans une ivresse profonde étaient regardés comme des enfants, des idiots, des aliénés ou des gens emportés par une violente colère; leurs fautes n'entraînaient aucune responsabilité. Le droit canon admet l'ivresse complète comme circonstance atténuante. La jurisprudence généralement acceptée en Allemagne reconnaît l'ivresse comme amoindrissant la responsabilité, tandis qu'en Angleterre, elle est considérée comme l'aggravant au contraire. En France, le silence du code pénal rend la question indécise, mais la plupart des jurisconsultes semblent plaider en faveur de l'atténuation de l'imputabilité de l'ébrieux, bien qu'elle nous semble loin d'être entrée dans la pratique.

Nous ne saurions admettre ni l'une, ni l'autre de ces appréciations. La société ne peut condamner un coupable qu'elle-même, aussi bien que la science, déclare irresponsable, de même qu'elle ne peut appliquer une peine entière et complète à celui qu'elle déclare en partie seulement responsable de ses actes. D'un autre côté, transporter dans la pratique médico-légale les principes de la science pure, c'est donner le caractère d'une excuse légale à un fait répréhensible en lui-même, c'est légimiter une habitude

immorale, un vice; c'est préparer une excuse à bien des crimes. Une telle jurisprudence mènerait, si elle devenait générale, aux abus les plus criants, et en présence des progrès incessants de l'alcoolisme, progrès que les philosophes comme les moralistes mettent toute leur ardeur à combattre, ce serait un véritable crime de lèse-humanité que de permettre au vice le plus dégradant, vice qui ravale l'homme au niveau de la bête, de ruiner sa santé et de servir d'excuse à ses crimes.

Mais faut-il, pour éviter de si funestes conséquences, annihiler toutes les conquêtes de la science médico-légale, et faire reculer l'humanité de plusieurs siècles en condamnant des malheureux privés de leur libre arbitre, c'est-à-dire de véritables aliénés? Nous ne le pensons pas. Ce n'est pas le délit qu'il faut punir dans l'homme ivre qui s'est rendu coupable d'un méfait, c'est son ivresse, de même que dans l'homicide par imprudence, ce n'est pas l'homicide, c'est l'imprudence que l'on punit.

De plus sages et de plus savants que nous l'ont déjà dit : *Ebrius punitur propter ebrietatem.* Celui qui s'enivre se place dans un état volontaire de folie passagère, état pendant lequel il sait ne plus conserver l'entière conscience de ses actes, ni la libre direction de sa conduite, et pendant lequel il peut poser des actes dommageables; il connaît à l'avance les conséquences auxquelles il peut s'exposer, c'est à lui, à en supporter la responsabilité. C'est l'ivresse qu'il faut punir en lui, et il faut la punir d'autant plus sévèrement qu'elle a entraîné des actes plus graves. C'est le seul moyen de concilier les exigences de la loi avec les nécessités de la morale et les obligations de la société. Nous le répétons, l'on ne saurait mieux se guider que sur ce qui se pratique dans les

cas d'accidents par imprudence, où la peine est aussi graduée à l'importance de l'accident et de l'imprudence.

Du reste, la responsabilité actuellement admise à l'encontre des principes de la science, aboutit aux plus flagrantes contradictions; absolument le même état rendra responsable un individu quand il commet un délit et irresponsable quand, dans des conditions identiques, il pose un acte civil. La jurisprudence civile assimile l'homme ivre à l'enfant et à l'aliéné, et le met à l'abri des conséquences qui peuvent résulter d'actes consentis sous une influence ébrieuse.

Quel argument plus puissant, trouver à l'appui de notre thèse que celui offert par la loi elle-même?

Et notre principe ferait, du reste, disparaître toutes ces questions accessoires d'ivresse provoquée et d'ivresse préméditée qui ont si longtemps occupé jadis la sagacité des médecins et même des légistes.

L'ivresse provoquée, établie par preuves irrévocables, rentre dans le droit commun. Pas plus que celui dont le bras meurtrier a été guidé par une force supérieure ne saurait être rendu responsable du crime qu'il a commis, pas plus celui dont l'ivresse est inconsciente ou imposée par une volonté à laquelle il ne lui est pas possible de résister ne saurait en supporter les conséquences.

L'ivresse préméditée a soulevé des questions médico-légales très intéressantes et qui touchent jusqu'à un certain point, aux limites de la psychologie et de la psychiatrie. Krafft-Ebing se moque agréablement du légiste qui exempte du bénéfice de l'irresponsabilité, l'homme qui cherche dans l'ivresse voulue et préméditée, l'excuse d'un crime qu'il veut commettre, comme si, dit-il, il était possible de

fixer à l'avance ce que l'on fera dans un moment où l'on ne sait plus ce que l'on fait.

L'observation nous semble exacte pour ce qui concerne l'irresponsabilité absolue; celle-ci n'étant possible que là où existent l'inconscience et l'amnésie, l'on ne saurait admettre que le crime commis sous cette influence ait été voulu, prémédité.

Et cependant, est-il bien vrai de dire que même dans l'inconscience complète, l'homme ne conserve absolument aucune des impulsions qu'il avait préparées à l'état conscient? Les rêves ne viennent-ils pas donner un démenti à cette assertion? Roesch nous paraît avoir assez bien défendu notre opinion bien qu'il en déduise des conséquences opposées : « le motif qui avait donné l'impulsion à l'âme, avant l'usage des boissons, peut bien encore se présenter à elle comme un vague souvenir, et il est possible qu'en vertu de cette direction qui s'est maintenue d'une manière à peu près mécanique, l'homme ivre accomplisse son action résolue à jeûn, sans conserver la conscience d'un but, de la nature et des suites de cette action. L'homme ivre se trouve ici dans le cas d'un rêveur à qui ses songes représentent des choses dont il s'est fortement préoccupé avant de s'endormir. »

Mais il n'en est plus tout à fait de même pour la période de l'ivresse pendant laquelle persiste un certain degré de conscience compatible avec un certain degré de responsabilité. Là, la direction de la volonté humaine, antérieure à l'ivresse, conserve encore quelque empire sur les déterminations intentionnelles, et il est évident que l'homme ivre pourrait, dans ce cas, être doublement puni, de son ivresse, d'abord, et de son ivresse préméditée, ensuite. Il

est, du reste, à remarquer que c'est bien plus rarement une excuse qu'il cherche à préparer à son crime, que du courage à le commettre, qu'il essaie de se donner en s'enivrant; l'alcool donnera du feu à sa lâcheté, et c'est alors surtout qu'il faudra ériger en délit l'ivresse qui en est la cause.

B. *Ivresse hallucinatoire.* — Ce chapitre, du reste, fort court, nous servira de transition entre les ivresses normales et les ivresses pathologiques.

Existe-t-il des hallucinations réelles, véritables, des hallucinations dans le sens exact que leur donne Esquirol, existe-t-il des troubles de ce genre dans l'ivresse normale? Nous l'avons lu dans maints auteurs, mais nous n'en avons jamais observés, et nous ne sommes pas réellement convaincu qu'il puisse s'en produire.

La plupart des observations qu'il nous a été donné de lire se rapportent presque toutes à des illusions des sens, et ces illusions sont, en effet, loin d'être rares à une certaine période de l'ivresse. C'est toujours la vue des objets extérieurs qui les provoque, et ce sont les dispositions morales sous l'influence desquelles se trouve l'ébrieux qui leur donne leur teinte ordinaire.

Observation IX. — « Au clair de la lune, un ivrogne se heurte à un travail de maréchal (assemblage de poutres peintes en rouge et réunies par des boulons) et s'écrie, en colère : « Va, demain, tu me le payeras; je saurai bien te reconnaître à ton habit écarlate et à tes boutons d'acier. » C'est bien là l'illusion avec tous ses caractères. Elle est encore parfaitement bien spécifiée dans cette observation de Marc : « Aussitôt après la découverte du cadavre de l'ami avec lequel il se trouvait la veille, on se rendit auprès de Heurtevent, qu'on n'osait pas encore soupçonner d'être

l'auteur du crime; ses premières réponses sont embarrassées et confuses ; il semble être encore sous l'influence de l'ivresse de la veille. Il ne sait de quoi on veut lui parler. On l'examine et bientôt l'on remarque que sa blouse, ses pantalons, ses souliers sont tachés de sang. On l'accuse, il nie d'abord, puis il se tait. On lui montre le couteau trouvé près du corps, c'est le sien. Alors confondu, éperdu, il hésite, se frappe le front et la mémoire semble tout à coup lui revenir. Il raconte que la veille, à 10 heures du soir, Madeline et lui ont quitté le cabaret; la nuit était obscure, ils avaient peine à se soutenir; ils sont tombés plusieurs fois. Il attribuait, dit-il, la lenteur et la difficulté de leur marche, à quelque être surnaturel, à quelqu'un de ces sorciers dont ils avaient, dans la journée, beaucoup entendu parler. Il devait être près de minuit quand ils arrivèrent à un petit pont dont le passage est difficile et dangereux. Heurtevent offrit à Madeline de le porter sur ses épaules; celui-ci refusa et passa le premier, en marchant sur ses genoux et sur ses mains. Heurtevent ne sait comment il passa lui-même; mais il se souvient que, parvenu de l'autre côté du pont, il ne trouva plus son camarade. Il erra pendant quelque temps, le cherchant et l'appelant; enfin il se heurta contre un corps sans mouvement et qui lui parut étrange; c'était quelque chose de blanc qui avait de longs poils aux jambes... Il appela, cria, il somma l'être inconnu qui gisait à ses pieds de parler, de se nommer... N'obtenant aucune réponse, Heurtevent s'effraie de plus en plus; il s'arme de son couteau et frappe. Il entend alors sortir de ce corps inerte des gémissements qui n'ont rien de la voix humaine; la peur de Heurtevent va croissant et sa fureur avec elle; il frappe, frappe encore; le couteau s'échappe de

ses mains; il rompt les branches d'un pommier voisin, et revient avec une nouvelle rage sur le malheureux qui n'était déjà plus qu'un cadavre. Enfin, las de frapper, Heurtevent s'appuie contre un arbre, décidé à veiller près de sa victime et à attendre le jour pour reconnaître l'ennemi qu'il vient de vaincre. Bientôt le froid et l'ennui le saisissent; il se dispose à se retirer, mais auparavant il fait mille efforts pour briser une jambe à son ennemi, afin d'être bien sûr de le retrouver le lendemain. Il s'éloigne enfin, et après bien des détours, arrive à son domicile où il s'endort profondément.

Ce malheureux fut cependant condamné à mort et l'auteur ajoute que le condamné se retire sans que sa figure éprouve la moindre altération; il paraît ne pas avoir compris son sort. Du reste devant la cour d'assises, sa physionomie présente tous les caractères de la stupidité; il tient constamment les mains croisées sur la poitrine. Tout cela nous prouve un fait, sur l'importance duquel nous reviendrons plus bas, c'est que ce malheureux était atteint d'alcoolisme chronique avant d'être ivre et que c'est cette intoxication autant que l'ivresse qui a donné lieu aux illusions.

L'observation suivante, encore tirée de Marc, est peut-être plus décisive; l'illusion semble déjà davantage se rapprocher de l'hallucination, mais elle n'en offre cependant pas encore les caractères essentiels.

Observation X. — Dans cet état d'ivresse ils se rappellent les cavaliers suédois (que la légende faisait rôder la nuit dans la contrée) et leur imagination exaltée par la boisson leur fait croire qu'ils en sont entourés et qu'ils ne peuvent leur échapper qu'en combattant. Chacun d'eux avait un bâton, comme c'est l'usage des campagnards de ce pays;

ils s'en frappent réciproquement, croyant frapper sur des cavaliers suédois, jusqu'à ce que l'un d'eux eut disparu tout à coup. Dès que l'autre est rentré, il s'écrie avec satisfaction : « Les diables ont voulu m'entraîner, mais j'ai donné à l'un d'eux une correction telle avec mon bâton qu'il n'y reviendra plus. L'infortuné auteur de cet homicide ayant recouvré la raison, fondit en larmes et témoigna le plus vif regret. Pendant l'interrogatoire sommaire qu'on lui fit subir, il ne put répondre autre chose, si non qu'ayant continué à boire avec son ami, il leur sembla être cernés par des spectres à cheval, en habits bleus avec revers rouges, et qu'ayant cru qu'il pourrait leur arriver malheur, ils avaient pris la détermination de se défendre avec leurs bâtons; qu'en conséquence, ils avaient tous les deux assailli les revenants, d'autant plus qu'ils avaient entendu dire que si l'on avait assez de résolution pour les attaquer courageusement, on les mettrait en fuite (1).

Ces observations manquent malheureusement de détails; une description plus complète eût été nécessaire pour entraîner la conviction.

Un autre point plus essentiel a été complètement négligé par les différents auteurs qui ont écrit sur l'ivresse hallucinatoire, c'est la constatation du fond maladif sur lequel naît l'ivresse et qui, comme nous l'avons déjà maintes fois répété, offre parfois autant d'importance que les symptômes de l'ivresse elle-même. L'ébriété n'est que trop souvent la compagne obligée de l'alcoolisme chronique, et bien des phénomènes que l'on attribue à celle-là, ne sont que des manifestations de celui-ci. Ainsi en est-il probablement des illusions et certainement des hallucinations, que nous con-

(1) Marc. *De la folie considérée dans ses rapports médico-judiciaires;* tome 2, p. 639.

tinuerons à ne pas considérer comme un symptôme de l'ivresse ordinaire, d'accord en cela avec Roesch, qui n'en a pas plus observé que nous. Là où elles apparaissent, l'ivresse se rapproche déjà du type pathologique, dont elle offre alors beaucoup de caractères, et tient autant de la folie alcoolique que de l'ébriété elle-même.

Quoi qu'il en soit, la question n'a qu'une valeur toute théorique et descriptive, car au point de vue médico-légal les conséquences ne sont pas douteuses. Tous les auteurs sont d'accord que là où l'illusion et l'hallucination sont bien et dûment constatées, l'ivresse doit entraîner une irresponsabilité absolue. La conviction maladive qu'entraîne le trouble hallucinatoire est complète, irrésistible et les actes motivés par des mobiles morbides ne sauraient être soumis à une imputabilité réelle. C'est donc là, avec l'inconscience absolue et l'amnésie corrélative, un troisième caractère qui commande l'irresponsabilité.

La constatation des troubles hallucinatoires offrira parfois certaines difficultés qui peuvent être augmentées encore par le souvenir confus qui en est resté. Et ce n'est peut-être pas tant encore par l'examen symptomatologique de la crise ébrieuse elle-même, que par l'étude des antécédents et du fonds morbide, que l'on parviendra à élucider la question. Là où l'on ne rencontrerait pas ce fonds d'alcoolisme plus ou moins bien caractérisé, il faudrait, pour admettre l'hallucination, une constitution psycho-pathique bien évidente ou une aptitude délirante et hallucinatoire telle, que le doute ne fût pas permis.

C. *Ivresse pathologique.* — Ceci nous mène à la question médico-légale de l'ivresse pathologique, qui se réduit à une pure question de diagnostic. Nous avons surabondamment

prouvé dans le chapitre relatif à la pathogénie de cette affection, qu'elle constituait, non une ivresse, mais une folie et une folie parfaitement bien caractérisée. Or, comme toute aliénation à sa période d'état, elle doit entraîner une irresponsabilité complète et absolue. Seulement la question de diagnostic est souvent aussi difficile à résoudre que le principe médico-légal est facile à poser.

Nous avons, du reste, suffisamment traité ce sujet pour ne plus devoir y revenir bien longuement. Dans l'ivresse pathologique, ce ne sont plus les mêmes éléments qui interviennent que dans l'ivresse ordinaire : la conscience comme l'inconscience, le souvenir comme l'amnésie, bien que conservant une valeur diagnostique considérable, n'ont plus la valeur diagnostique exclusive qu'on peut leur reconnaître dans l'ivresse normale. L'un ou l'autre de ces signes peut manquer dans l'ivresse anormale sans que, pour cela, on doive admettre un degré même limité de responsabilité.

C'est à reconstituer l'ivresse pathologique, ou plutôt la manie transitoire alcoolique, que devront tendre les efforts du médecin légiste, et c'est pour le guider dans cette voie qu'il scrutera avec le soin le plus minutieux tous les éléments de la maladie, le fonds morbide de l'ivrogne, comme les symptômes de l'affection, les éléments étiologiques comme les éléments héréditaires.

La quantité de boissons alcooliques ingérées n'a qu'une importance minime; sa nature et surtout ses sophistications seront examinées avec plus de soin. Le début de l'ivresse maniaque, ou bien suit immédiatement la plus petite dose d'alcool, ou bien ne se montre qu'après que l'ébriété a déjà presque terminé son évolution, et ce, à l'occasion d'une cause morale ou physique, ou même sans

motif appréciable. Du reste les longs détails dans lesquels nous sommes entrés à propos du diagnostic et de la nature de cette manifestation alcoolique, suffiront amplement à guider le médecin légiste dans l'examen des différents cas qui pourront se présenter.

6. EMPOISONNEMENT AIGU PAR L'ALCOOL.

Il existe deux sortes d'empoisonnements aigus par l'alcool : l'un, excessivement rare, produit plutôt par l'action locale de l'alcool rectifié, l'autre, relativement plus fréquent et occasionné d'une manière brusque par l'effet général d'une forte dose d'alcool sur le système nerveux.

A. *Empoisonnement corrosif.* — Il ne se produit qu'avec de l'alcool absolu, et l'action de celui-ci dépend alors de sa propriété de coaguler l'albumine, de s'emparer de l'eau des tissus et par conséquent d'amener leur désorganisation. L'alcool absolu est un poison irritant des plus violents. Percy injecte 90 grammes de cet alcool dans l'estomac d'un chien; le décès arrive après 8 heures, et est occasionné par une violente inflammation gastro-intestinale, avec ulcération.

Ingéré à ce degré de concentration, il produit une phlegmasie suraiguë des parois gastriques, avec cautérisation des muqueuses, et symptomatologiquement caractérisée par des vomissements, de la diarrhée sanguinolente, de la prostration et de la stupeur; la mort arrive à la suite de l'arrêt du cœur par voie réflexe.

A doses un peu moins concentrées, il occasionne encore des modifications profondes dans l'économie gastrique, amène la contraction du système vasculaire, anémie la muqueuse, diminue et arrête la sécrétion gastrique; les

matières albuminoïdes et les peptones sont coagulées et la digestion arrêtée ou au moins fortement troublée.

B. *Empoisonnement général.* — Cet empoisonnement est beaucoup plus fréquent et peut survenir, soit d'une manière suraiguë à la suite de l'ingestion rapide d'une dose énorme d'alcool, c'est le véritable empoisonnement suraigu; soit à la suite de l'absorption lentement continuée de fortes quantités d'eau-de-vie, c'est l'ivresse mortelle. Il n'y a, du reste, entre ces deux intoxications, qu'une différence de degré. L'on trouvera des exemples du premier dans le mémoire de Roesch, inséré dans les *Annales d'hygiène*, dans l'ouvrage de Lallemand, *Du rôle de l'alcool dans l'organisme*, dans Tardieu, *Des empoisonnements*, enfin dans Toffier, *Considérations sur l'empoisonnement aigu par l'alcool.*

Ces intoxications suraiguës s'observent plutôt chez les individus non ordinairement adonnés à l'ivrognerie et se laissant fortuitement entraîner à boire de fortes doses d'alcool presque sans s'arrêter. Et ces causes fortuites sont souvent de simples fanfaronnades ou des causes morales dépressives, un violent chagrin, quelquefois même une intention de suicide.

Les symptômes se présentent sous un aspect assez uniforme : la période d'excitation passe en général inaperçue; la prostration arrive rapidement jusqu'au coma complet et absolu, qu'interrompent à peine quelques secousses convulsives et qui se termine par la mort. Quand l'issue funeste n'est pas aussi rapide, l'on peut encore constater quelques vomissements et déjections involontaires; la respiration se ralentit, s'embarrasse, devient stertoreuse; les battements du cœur sont précipités et affaiblis; le pouls presque insensible; le corps se refroidit rapidement et la température

peut parfois baisser jusqu'à 30°. Les pupilles sont dilatées, la peau insensible, l'ivrogne est plongé dans le coma le plus profond, avec résolution complète.

Les enfants sont, en général, très sensibles à l'alcool; chez eux la période d'excitation est de courte durée, peu prononcée et parfois nulle; la dépression arrive rapidement; elle est profonde et passe vite à l'état comateux; elle est souvent mortelle si les doses sont quelque peu fortes.

Nous rapporterons plus loin l'observation d'un empoisonnement aigu, cité par Toffier, et qui peut être considéré comme un type de l'espèce.

Le diagnostic est des plus difficiles, souvent impossible, même en présence des commémoratifs; car l'ivresse comateuse peut être compliquée d'hémorragie cérébrale ou méningée, de congestion cérébrale mortelle, et il devient alors difficile, si pas impossible, de déterminer la cause réelle des phénomènes que l'on observe, et qui peuvent être le fait de l'ivresse elle-même comme elles peuvent être le fait de l'hémorragie ou autre lésion qui viennent compliquer l'ébriété.

Les ivresses suraiguës sont fréquemment accompagnées de désordres sérieux du côté de l'encéphale et surtout de la poitrine, et ces dernières complications revêtent une marche plus grave et affectent une forme spéciale qui en modifie le pronostic.

L'anatomie pathologique peut se résumer dans des phénomènes d'ordre congestif très intenses que l'on rencontre dans la plupart des organes viscéraux, surtout dans le cerveau, principalement les méninges, le poumon et le foie. Tout le système circulatoire est, en général, gorgé d'une grande quantité de sang noir; les poumons renferment parfois des noyaux apoplectiques; l'hémorragie méningée

est encore plus fréquente. Tardieu a regardé ces deux dernières lésions presque comme caractéristiques de l'empoisonnement suraigu; elles peuvent cependant manquer absolument; le foie est presque toujours le siége d'une congestion intense; son tissu ramolli et friable est souvent désorganisé. Mais, comme du reste pour toutes les autres lésions, il ne faut pas oublier que l'intoxication aiguë arrive souvent chez des malades déjà depuis longtemps intoxiqués chroniquement, et il faut se garder de mettre sur le compte de l'état aigu des désordres qui dépendent souvent uniquement de dégénérescences chroniques.

L'on a prétendu que la décomposition cadavérique était notablement ralentie à la suite de l'empoisonnement par l'alcool; des exemples contraires semblent fortement infirmer l'exactitude du fait.

Observation XI. — Le 24 avril 1880, on amène dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, le nommé Picard, Nicolas, qu'on vient de trouver plongé dans le coma le plus profond; c'est un homme de 61 ans, d'une assez robuste constitution, et qui ne paraît présenter aucun antécédent pathologique autre que l'alcoolisme. Il a, en effet, des habitudes invétérées d'ivrognerie; chaque jour il absorbe une quantité d'eau-de-vie qui doit être considérable. Outre cette ration quotidienne, il s'enivre souvent, et chaque fois il est pris d'un accès toujours violent, parfois absolument furieux. Le 23 avril, il rentre chez lui en complet état d'ivresse, ayant sur lui un revolver et un litre entier d'eau-de-vie de marc. Il pénètre dans la chambre où dorment ses deux fils, tire sur eux plusieurs coups de feu et emploie aussi contre eux un instrument contondant, si l'on en juge par la nature des blessures que l'un d'eux porte à la tête. Puis il s'en-

ferme dans une autre pièce, et le matin on le trouve dans le collapsus le plus complet, la bouteille vide à ses côtés. Comment les choses se sont-elles passées? à quelle heure a t-il commis ses actes de violence? à quel moment et en combien de temps a-t-il absorbé une telle quantité d'alcool? c'est ce que nous n'avons pu établir d'une manière certaine; il semble toutefois que c'est après s'être enfermé chez lui qu'il a bu le litre d'eau-de-vie, et peu avant d'être amené à l'hôpital. Voici en effet ce que nous avons constaté, lors de son entrée, 9 3/4 heures du matin.

Le sujet est dans une résolution absolue; les membres soulevés retombent inertes à ses côtés; la respiration stertoreuse, bruyante, est assez régulière; la face cyanosée par plaques, les lèvres bleuâtres, soulevées et entre ouvertes à chaque mouvement respiratoire, sont recouvertes d'une salive épaisse et visqueuse; une violente odeur d'alcool est exhalée à chaque expiration. Les paupières sont abaissées, inertes; les globes oculaires fixes légèrement déviés à droite; les pupilles extrêmement dilatées ne se contractent pas sous l'influence de la lumière. L'anesthésie est absolue; le malade est insensible aux excitants les plus énergiques; la conjonctive et la cornée sont également insensibles. L'abaissement de la température, manifeste au toucher, est considérable; un thermomètre placé dans l'aisselle, marque 30°; dans le rectum 30°,9. Le pouls radial est absolument imperceptible à ce moment; les battements des fémorales ne peuvent pas non plus être appréciés. Quant au cœur, le stertor rend infructueuse toute tentative d'auscultation. La vessie, cathétérisée, contient 150 grammes environ d'urine normale.

Une demi-heure après le traitement institué, vers dix

heures et demie, une légère amélioration semble se produire; le pouls redevient sensible et bat 72 par minute; la température monte de un degré en 10 minutes et atteint 31°8; la respiration est plus régulière et moins stertoreuse, mais le collapsus est toujours complet et l'insensibilité absolue.

A une heure de l'après-midi, la température rectale s'élevait à 32°4; le pouls ne battait plus que 56 par minute; les mouvements respiratoires ont conservé leur rythme normal, mais l'odeur d'alcool exhalée est toujours aussi forte. A cinq heures, l'état général est le même, malgré une élévation légère de la température qui est de 33°. Le stertor est un peu moindre et permet d'entendre, à la base des deux poumons, une grande quantité de râles sous crépitants fins. L'auscultation du cœur est toujours impossible. La vessie cathétérisée à ce moment ne contient que quelques gouttes d'urine rougeâtre et mélangée de globules sanguins abondants. A huit heures, bien que la température n'ait pas cessé de s'élever d'une manière régulière et atteigne 34°2, le collapsus est toujours aussi complet, l'anesthésie cornéenne persiste, la respiration devient plus lente et moins profonde; de nombreux râles existent dans toute l'étendue des poumons en arrière. Enfin à une heure du matin, le malade meurt sans avoir présenté d'autres phénomènes qu'une aggravation constante des symptômes cérébraux.

A l'autopsie l'on constate les altérations organiques suivantes :

Congestion pulmonaire intense, se manifestant par une couleur rouge foncé et un liquide sanguinolent et spumeux qui s'écoule sur la surface de la section et qui remplit la

plus grande partie du lobe inférieur. Bronches congestionnées ; couleur foncée de la plèvre, qui alterne avec des parties rosées. Le système circulatoire n'offre aucune altération paraissant tenir à l'influence immédiate de l'alcool. A l'estomac, la surface des travées qui forment les plis principaux de la muqueuse est extrêment injectée, rouge avec de petites ecchymoses ; les mamelons ne sont pas notablement injectés; c'est surtout la partie superficielle et saillante des plis principaux, qui présente de petites ecchymoses et une injection fine qui donne une couleur rosée, uniforme à toute la surface des plis saillants. Le foie n'est pas dur ; il est gros et sa surface lisse ; il offre le type du foie gras ; les veines sus-hépatiques sont remplies de sang. Les reins sont très congestionnés à la surface qui est un peu granuleuse. La dure-mère est fort adhérente au crâne, surtout au niveau de la voûte, et aux enveloppes du cerveau ; la pie-mère est un peu œdémateuse, se détache facilement des circonvolutions qui ne présentent aucune particularité. Des coupes pratiquées sur le cerveau n'offrent rien à noter.

Tels sont les symptômes de l'empoisonnement aigu ; mais il serait difficile de spécifier la nature de l'alcool qui intervient dans ces conditions; ces intoxications rapides sont d'ordinaire l'effet des eaux-de-vie du commerce où le mélange des différents alcools est tellement prononcé que l'on ne saurait attribuer à l'une plutôt qu'à l'autre espèce, les effets toxiques que l'on voit se produire.

Les beaux travaux de Dujardin-Beaumetz et Audigé ont seuls pu permettre, par comparaison, de remonter des phénomènes produits chez les animaux à ceux qui pourraient se produire chez l'homme. C'est ainsi que ces auteurs ont essayé de déterminer la dose toxique de chacun des alcools

par kilogramme d'animal expérimenté, et ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

Pour qu'un animal succombe dans l'espace de 24 à 36 heures avec un abaissement graduel et persistant de température, il faut administrer par kilogramme d'animal :

Alcools fermentés	environ 7	à 8	gr.	d'alcool éthylique.
	»	3,80	»	propylique.
	»	1,80	»	butylique.
	»	1,50	»	amylique.
Alcools non fermentés	»	7	»	méthylique.
	»	8	»	œnanthylique.
	»	7,50	»	caprylique.
	»	9	»	glycérine.
Eaux de-vie du commerce	»	7,50	»	de vin
	»	7,30	»	d'eau-de-vie de marc de raisin.
	»	7,30	»	» de cidre et de poiré.
	»	6,70 à 7,50	»	» de pommes de terre.
	»	2,30	»	huile de pommes de terre.
	»	6,60 à 7,25	»	d'eau-de-vie de mélasse de betterave.
	»	7,40	»	d'eau-de-vie de lait.

Ces expériences prouvent que la toxicité augmente rapidement, à mesure que l'on monte dans la série atomique; elles prouvent, d'un autre côté, que l'alcool éthylique à l'état de pureté n'est pas comme on l'a prétendu, absolument inoffensif, et qu'ainsi les eaux-de-vie du commerce ne doivent pas exclusivement aux impuretés et aux alcools étrangers qu'elles contiennent leurs propriétés toxiques.

CHAPITRE III.

DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE.

La définition de l'alcoolisme chronique est difficile à préciser nettement, et elle a été diversement donnée par les différents auteurs qui se sont occupés de la question. Pour l'un, l'intoxication chronique comprend l'ensemble des accidents déterminés par l'usage exclusif et prolongé des boissons spiritueuses; l'autre, spécifiant davantage, pense

que c'est une affection à marche chronique, d'ordinaire lente et progressive, causée par l'abus des alcooliques et caractérisée anatomiquement par des processus inflammatoires, sclérotiques et stéatogènes, et symptomatiquement par des altérations variées des trois grands ordres de fonctions physiques, morales et intellectuelles.

Mais l'alcoolisme chronique constitue une entité trop vaste et embrasse des désordres morbides de trop d'organes pour pouvoir être convenablement défini. Un exposé succinct des différentes manifestations pathologiques qui en composent l'ensemble, en donnera une idée plus claire et plus exacte que la définition la plus précise.

L'on peut dire qu'il y a alcoolisme chronique dès que l'organisme est suffisamment saturé d'alcool pour donner naissance à des phénomènes morbides traduisant la souffrance d'un ou de plusieurs organes atteints. Cette saturation peut même, chez certaines constitutions privilégiées, ne se manifester par aucun symptôme et rester à l'état latent pendant de longues années : c'est dans ces conditions que l'on voit des accès de délire alcoolique ou d'autres manifestations se produire sans paraître se développer sur un fonds préexistant d'intoxication.

Mais presque toujours elle se révèle par un cortège nombreux de phénomènes divers, atteignant plusieurs systèmes de l'économie, et offrant une symptomatologie variable suivant la nature des organes atteints. Pour la facilité de la description, nous rangerons ces manifestations dans deux classes :

1re classe : alcoolisme chronique viscéral ;

2e classe : alcoolisme chronique cérébro-spinal.

Le premier ordre comprend les symptômes de l'alcoolisme chronique atteignant tous les organes de l'économie

autres que ceux du système cérébro-spinal; il sera divisé comme suit :

I. Alcoolisme chronique viscéral.	A. Désordres locaux	système digestif. système hépatique. système pulmonaire. système circulatoire. système génito-urinaire.
	B. Désordres généraux	sang. polysarcie. cachexie.

La constitution de l'alcoolisme cérébro-spinal est plus difficile à établir et exige quelques courtes explications. Les diverses manifestations physiques, morales et intellectuelles qui se produisent dans l'intoxication alcoolique du côté du système cérébro-spinal, comprennent deux ordres de phénomènes dont les uns, presque constants, caractérisent cette intoxication elle-même et dont les autres, passagères, accessoires et mobiles, ne possèdent que la valeur d'un épiphénomène, dont l'existence ou l'absence n'a aucune influence sur l'affection elle-même.

Dans la constitution de l'entité pathologique, il est essentiel d'attribuer à chacun de ces deux ordres de phénomènes leur part d'influence et de séparer le fonds morbide de ses épiphénomènes et de ses complications. C'est en suivant cette ligne de conduite que nous constituerons définitivement l'alcoolisme cérébro-spinal, en une individualité unique qui pourra comprendre plusieurs formes et admettre des complications nombreuses et variables; le tableau suivant indique notre manière de voir :

II. Alcoolisme chronique cérébro-spinal.	1re forme. Dégénérescence alcoolique.	Complications.	Pachyméningite. Epilepsie-convulsions.
	2e forme. Alcoolisme hallucinatoire.		Congestion cérébrale.
	3e forme. Démence alcoolique simple.		Ramollissment cérébral.
	4e forme. Démence alcoolique paralytique.		Sclérose. Paraplégie.

Comme appendice au chapitre de l'alcoolisme chronique, nous dirons quelques mots de l'ivrognerie dont la signification est du reste assez peu précise. Si l'on veut désigner par ce mot les buveurs chez lesquels l'habitude de la boisson a modifié le caractère et vicié la nature, nous estimons qu'il n'y a guère de distinction à faire entre eux et les alcoolisés chroniques. Si, au contraire, on veut entendre par ivrognes, des buveurs, chez lesquels la passion de la boisson est incorrigible et qui, tout en se maintenant dans leurs conditions morales antérieures, se bornent à montrer une habitude vicieuse, c'est-à-dire si l'on a plutôt en vue la passion en elle-même, nous croyons qu'il y a là une déviation qui relève plutôt du philosophe et du moraliste que du médecin. Et encore, ne faut-il pas perdre de vue la tyrannie de l'hérédité, car celle-ci a aujourd'hui acquis une influence telle, qu'elle imprime son cachet d'irrésistibilité à nos penchants et à nos impulsions comme à nos vices.

L'alcoolisme chronique seul nous occupera dans ce chapitre, et ce seront les lésions intellectuelles et morales plus que les désordres de la vie végétative qui attireront notre attention, parce que ces derniers sont, en général, mieux connus et ont été l'objet de travaux plus importants que les premières.

1. ALCOOLISME CHRONIQUE VISCÉRAL.

Les altérations qui caractérisent le processus alcoolique n'ont en elles-mêmes rien de spécifique; les hyperémies chroniques, la stéatose comme la sclérose des différents organes offrent la même nature quand elles traduisent des excès alcooliques que quand elles ont de tout autres origines; l'alcoolisme chronique n'a rien de spécifique en lui-

même et qui puisse par la nature de ses altérations pathologiques traduire sa provenance.

Ce qui offre plus de spécificité, c'est le processus en lui-même, c'est la nature de l'évolution morbide à laquelle sont soumises les différentes lésions pathologiques sous l'influence de l'intoxication alcoolique. Mais il nous sera plus facile d'examiner ce processus pathogénique général après en avoir décrit les manifestations dans les divers systèmes organiques où il se localise, et cette étude terminera plus utilement ce chapitre qu'elle ne pourrait le commencer.

L'alcool, dans le chemin qu'il parcourt à travers l'économie depuis son ingestion jusqu'à sa destruction ou son élimination, altère les différents organes qu'il traverse, produit dans chacun d'eux des lésions intimes et, agissant sur la constitution et la nutrition générale, donne lieu à une cachexie particulière, la cachexie alcoolique. Pour passer du simple au composé, nous décrirons d'abord les altérations propres à chaque organe; cette description sera suivie par celle des divers désordres généraux et de la cachexie alcoolique.

A. *Désordres locaux. — Appareil digestif. — Lésions anatomiques.*— Les organes digestifs, recevant les premiers l'impression des liquides alcooliques, sont aussi souvent les premiers lésés; en outre, aux effets de l'alcool pénétrant tous les tissus par la circulation, vient s'ajouter l'effet topique d'une substance irritante sur la muqueuse digestive; mais précisément à cause de cette action toute locale, la nature de celle-ci s'éloigne davantage des effets ordinaires de l'alcool, parce que c'est tout autant l'action locale que l'action dynamique qui entre en jeu. Leur modalité se traduit sous toutes les formes de l'inflammation, depuis la phleg-

masie simple, érythémateuse, jusqu'aux formes sclérotiques et même parfois, bien que rarement, suppuratives. Cette dernière variété dépend plutôt d'un effet aigu de l'alcool. L'afflux sanguin et la dilatation vasculaire forment le fonds morbide de ces altérations. La muqueuse offre une injection rougeâtre ou bleu foncée, sous forme de plaques disséminées, d'une grandeur variable, occupant surtout la région voisine du cardia ou de la petite courbure et parsemées parfois d'ecchymoses brunâtres. A sa surface, l'on rencontre des produits de sécrétion sous forme d'un mucus épais, visqueux, d'une odeur acide; des veines variqueuses, boursoufflées, traduisent bientôt la gêne de la circulation, et de petites saillies formées par l'hypertrophie des glandes de l'estomac sont une conséquence du travail hypersécrétoire.

Le processus inflammatoire dont la muqueuse stomacale est le siége, amène bientôt des modifications permanentes dans la trame organique de l'estomac. La muqueuse s'atrophie; elle devient mince, friable, véritablement ramollie; ou bien elle s'indure, devient épaisse, ferme et retractée; les replis sont plus saillants; il s'y produit des excroissances hypertrophiques (état mammelonné); elle se recouvre de granulations grises ou brunâtres (pigmentation). Le développement de la trame conjonctive de la muqueuse produit parfois même l'oblitération des conduits excréteurs de certaines glandes, qui alors se gonflent en forme de kystes et apparaissent sous la membrane muqueuse, comme de petits corpuscules perlés et brillants.

Il est plus rare de voir le tissu conjonctif sous-muqueux et la membrane musculeuse prendre part au processus morbide et donner lieu, par places plus ou moins étendues, à

des néo-membranes hypertrophiques qui, dans certains cas, peuvent aller jusqu'à simuler des productions cancéreuses.

La gastrite phlegmonneuse a été mise par Leudet sur le compte de l'alcoolisme chronique; plusieurs exemples en ont été rapportés, mais bien qu'ils aient été réellement observés chez des malades fortement adonnés aux excès de boisson, il n'est pas encore définitivement prouvé que l'origine en soit bien spécifique; comme nous l'avons dit, l'inflammation suppurative est plutôt une conséquence de l'état aigu.

Le processus ulcératif est de beaucoup plus fréquent; l'ulcère simple occupe d'ordinaire chez le buveur la grande courbure; il consiste tantôt en une simple érosion de quelques millimètres, tantôt en une perte de substance plus étendue, à bords mousses, à peine indurés, ayant plusieurs millimètres de diamètre. La muqueuse est seule entamée; parfois cependant l'ulcère s'étend aux autres membranes et peut occasionner des hémorragies dangereuses et parfois, quoique rarement, des perforations; leur centre est souvent occupé par un caillot sanguin, rougeâtre ou jaunâtre, et sur leurs bords, au milieu d'une injection marquée, on trouve parfois aussi des taches brunâtres et même des petits foyers sanguins; d'autres fois le fond des ulcères est simplement grisâtre; leur siége de préférence est le long des petits vaisseaux; il semble prouver que l'oblitération de ceux-ci n'est pas étrangère à leur formation, qui serait de nature nécrobiotique. A côté d'eux, se rencontrent d'autres ulcères en voie de réparation, sous forme de cicatrices étoilées et rayonnées, avec adhérence au tissu sous-jacent, et qui, par leur teinte blanchâtre, tranchent sur la coloration noire

pigmentaire de la muqueuse de leur voisinage. Leur abondance peut, jusqu'à un certain point, donner lieu à un rétrécissement stomacal ou pylorique.

Le ramollissement de la muqueuse gastrique est un autre processus terminatif de l'inflammation alcoolique; dans ces cas, la membrane, couverte de sugillations sanguines, offre un ramollissement notable avec coloration bleuâtre; le simple lavage suffit pour faire disparaître la muqueuse en bouillie.

Enfin, d'après Ebstein, les glandes stomacales elles-mêmes éprouveraient des altérations notables sous l'influence des irritations alcooliques répétées; les glandes à pepsine deviennent troubles; les glandes pyloriques s'obstruent par des bouchons jaunes ou brunâtres; enfin, les cellules finissent par se remplir de globules graisseux.

Quant aux dégénérescences cancéreuses de l'estomac que l'on avait jadis imputées aux excès alcooliques, il paraît aujourd'hui prouvé que l'influence de ceux-ci n'a été que toute secondaire et qu'ils ont tout au plus servi de cause occasionnelle.

Lésions fonctionnelles. — Les lésions fonctionnelles des diverses manifestations de la gastrite alcoolique, sous ses différentes formes, sont presque trop connues, pour que nous en donnions ici une longue description. Les phénomènes dyspeptiques en sont les premiers symptômes : l'appétit est troublé, devient irrégulier et finit par se perdre; l'absence de goût pour le manger est prononcé, surtout le matin, et c'est cette anorexie qui, jointe à l'état saburral de la bouche, amène la vicieuse habitude de l'ivrogne de s'ouvrir, le matin, l'appétit par l'ingestion d'une certaine quantité de spiritueux, dont l'action est d'autant plus funeste,

qu'elle se produit directement sur la muqueuse stomacale. Les digestions deviennent difficiles; des sensations de pincement, de tiraillements, de cuisson, de douleur même accompagnent l'acte digestif ou se produisent en dehors du fonctionnement gastrique; puis apparaît ce phénomène presque caractéristique de la gastrite alcoolique, la gastrorrhée, qui par sa répétition ordinaire et plus fréquente le matin, a reçu le nom de *vomitus matutinum* : c'est la pituite des ivrognes. Au moment du lever, le buveur éprouve une sensation pénible de nausée; puis est rendue, tantôt simplement et sans effort, par simple régurgitation ou vomiturition, tantôt par vomissement réel, pénible, fatigant et accompagné de constriction pharyngienne, une quantité plus ou moins grande d'un liquide blanc, filant, visqueux, presque transparent au début, puis, si le vomissement se prolonge, moins homogène, floconneux et qui peut même finir par prendre une coloration jaunâtre ou verdâtre, s'il vient à s'y mélanger un peu de bile. La bouche est amère, pâteuse, la langue plus ou moins chargée, recouverte d'un enduit épais, d'un blanc grisâtre ou bien sèche, fendillée, rouge, à papilles hypertrophiées.

Tels sont les symptômes les plus ordinaires de la gastrite subaiguë et chronique simple de l'intoxication alcoolique. Ils sont cependant loin d'être absolument constants, et là surtout où l'habitude alcoolique s'est implantée lentement et progressivement, il n'est pas rare de constater à l'autopsie tous les désordres anatomiques de l'inflammation chronique, sans que des symptômes bien évidents soient venus pendant la vie en traduire l'existence. Il en est, du reste, à peu près de même de la gastrite ulcéreuse. Si dans certains cas, les symptômes en sont parfaitement tranchés et per-

mettent un diagnostic presque certain, dans d'autres circonstances, l'ulcère ne donne lieu qu'à des phénomènes excessivement obscurs, qui ne se distinguent en rien de la pituite ordinaire et qui, parfois même, sont si peu tranchés qu'ils n'attirent aucunement l'attention.

Il est enfin à remarquer que la pituite consiste quelquefois en symptômes, pour ainsi dire purement fonctionnels. Les altérations inflammatoires, à peine appréciables, se traduisent tout au plus par une très légère vascularisation, tandis que l'hypersécrétion glandulaire produit à elle seule toute l'altération.

Quoi qu'il en soit, l'ulcère gastrique donne d'ordinaire lieu à une douleur plus vive, douleur qui siége surtout à la région xyphoïdienne et se transmet, plus que dans les autres formes douloureuses, au rachis; les vomissements sont plus fréquents, apparaissent à toute heure du jour et sont parfois incoërcibles; la matière vomie est en général analogue à celle produite par la gastrite simple; il est assez rare d'y rencontrer les caractères spécifiques des ulcères : matière noirâtre, ressemblant au marc de café; les vomissements sont parfois sanguinolents et peuvent même constituer de véritables hématémèses, se répétant assez fréquemment quoique en petite quantité; d'autres fois, mais rarement, en telle abondance qu'elles deviennent mortelles.

Il ne faudrait cependant pas s'exagérer l'importance de ces désordres., Si symptomatiquement, la pituite simple se rencontre fréquemment chez les alcoolisés, les autres phénomènes gastriques sont, relativement à la grande quantité de buveurs, d'une rareté évidente.

Il serait inutile d'insister sur l'influence considérable que ces lésions doivent avoir sur la nutrition générale, qui ne

s'accomplit plus dans des conditions satisfaisantes ; l'amaigrissement et la déperdition des forces en sont la conséquence inévitable.

Lésions intestinales. — L'intestin est beaucoup moins fréquemment affecté que l'estomac. Si, dans le voisinage de celui-ci, à l'entrée de l'intestin grêle ou même à l'issue de l'œsophage, quelques-unes des formes de l'inflammation chronique simple ou ulcérative laissent encore parfois décéler leur présence, tout le trajet du viscère intestinal grêle est d'ordinaire indemne de toute lésion. Il n'en est plus de même du cœcum et du gros intestin, qui peuvent offrir tous les phénomènes de l'entérite chronique avec engorgement vasculaire, plaques d'épaississement avec induration de la muqueuse et du tissu cellulaire sous muqueux, coloration grisâtre ou ardoisée, hypertrophie des glandes de Peyer et des glandes solitaires, sécrétion d'un mucus épais, transparent et visqueux.

La stase sanguine qui affecte la plupart des organes abdominaux n'est pas sans influence sur la production d'un état hémorrhoïdaire que l'on rencontre encore assez souvent chez plusieurs anciens alcoolisés.

Les troubles fonctionnels des viscères intestinaux sont en général peu marqués et n'arrivent, d'ordinaire que par périodes; au début, ce sont des alternatives de diarrhée et de constipation, quelques douleurs abdominales, du ballonnement du ventre. Plus tard, il s'établit souvent de véritables diarrhées colliquatives, mêlées d'évacuations hémorragiques et dysentériformes, voir même de véritable melœna. C'est surtout à la période ultime de l'alcoolisme chronique que ces entérites deviennent intenses, et donnent lieu à des diarrhées incoërcibles qui enlèvent rapidement le malade.

Là, où elles sont fréquentes, elles amènent à leur suite une émaciation rapide et contribuent fortement à la production de la cachexie alcoolique.

La marche des accidents gastro-intestinaux est d'ordinaire lente et chronique; les exacerbations comme les rémissions sont fréquentes. Du reste, la marche dépend généralement des excès qui produisent et entretiennent la lésion et dont la répétition et la quantité commandent l'évolution morbide de ces manifestations.

Glandes du système digestif. — Jusqu'ici les glandes salivaires n'ont guère attiré l'attention des observateurs; cependant Lancereaux dit, dans son article du *Dictionnaire de médecine,* qu'il a trouvé les glandes parotides et sous-maxillaires molles, jaunâtres et manifestement envahies dans leur épithélium par la dégénérescence granulo-graisseuse. Ne trouverait-on pas dans ce fait l'explication de cette sécheresse de la bouche que l'on observe si souvent chez les buveurs et qui proviendrait, dans ce cas, d'une altération de la sécrétion salivaire?

Les mêmes altérations ont été constatées dans le pancréas, qui s'est montré tantôt volumineux et jaunâtre, tantôt petit, atrophié, ratatiné et atteint de cirrhose; sa consistance était ferme, sa surface indurée et bosselée, sa coloration jaune foncé ou brunâtre; sa trame fibreuse, épaissie; son élément glandulaire granuleux en voie de dégénérescence ou d'atrophie.

Foie. — Avec l'estomac, le foie est de tous les organes abdominaux celui qui subit le plus fréquemment et le plus facilement l'influence des alcooliques; c'est, après l'estomac, celui qui en éprouve la première influence. Absorbé par les vaisseaux gastriques, l'alcool passe directement par

la veine-porte dans le parenchyme hépatique, et son action irritante y donne lieu à diverses altérations dont la nature varie d'après les idiosyncrasies individuelles et les espèces de boissons alcooliques. Celles-ci ont une influence considérable sur la nature des altérations hépatiques, suivant leur composition et suivant leur concentration. Plus l'alcool est concentré, plus la boisson spiritueuse est riche en alcool, et plus est rapide et intense la lésion hépatique qui s'en suit. C'est le buveur d'alcool sous toutes ses formes : genièvre, cognac, brandy, wisky, gin, rhum qui offre le plus fréquemment des lésions hépatiques; celles-ci sont rares chez les buveurs de vin et plus rares encore chez les buveurs de bière.

Les désordres hépatiques viennent se ranger sous deux ordres d'altérations : la congestion et l'inflammation d'un côté, la stéatose ou infiltration graisseuse de l'autre. L'inflammation elle-même se rapporte à deux types, suivant qu'elle atteint la trame celluleuse qui sert de support à la substance parenchymateuse du foie (inflammation sclérotique), ou bien le parenchyme hépatique lui-même (inflammation parenchymateuse).

Congestion. — La congestion hépatique est le premier phénomène qui s'observe du côté du foie chez les personnes qui abusent des alcooliques; elle a d'ordinaire une double origine : l'irritation des particules alcooliques qui traversent les vaisseaux biliaires, d'abord, l'inflammation gastrique qui se propage au foie, ensuite.

Les débuts sont peu apparents; anatomiquement la lésion est caractérisée par une plus grande vascularisation; la tuméfaction est peu appréciable; elle coïncide avec une légère augmentation de consistance; la surface de l'organe est

d'un rouge plus sombre, parfois violacée; la coupe offre une teinte rouge foncée uniforme; elle laisse écouler une plus grande quantité de sang. Quand l'affection est de date plus ancienne, la surface de coupe prend un aspect tacheté, connu sous le nom de foie muscade; celui-ci conserve un certain temps ses caractères, mais il finit par diminuer de volume et prend un aspect granuleux qui a parfois été confondu avec la sclérose véritable, mais qui n'en a ni la dureté ni la résistance; les granulations ne sont pas aussi saillantes, et il manque à la surface de l'organe ces dépressions étoilées semblables à celles produites par les rétractions cicatricielles.

Symptomatiquement, la congestion hépatique ne donne lieu qu'à un symptôme presque constant, c'est la teinte subictérique des sclérotiques qui plus tard s'étend à certaines parties de la face, aux ailes du nez et qui est si caractéristique chez les buveurs de genièvre; parfois excessivement peu prononcée et appréciable seulement pour le médecin, elle est d'autres fois beaucoup plus sensible et se traduit sous forme d'un véritable ictère passager, accompagné alors d'une certaine acuité des phénomènes gastro-intestinaux, qui dépendent et du catarrhe stomacal et de l'hyperémie hépatique; il est rare que celle-ci se traduise au dehors par une augmentation de la matité. Les symptômes des altérations gastriques et hépatiques se confondent en général en une même expression.

Parfois cependant ils peuvent offrir un certain degré de gravité. La jaunisse est alors précédée de troubles gastriques, de perte d'appétit, de nausées et de vomissements fréquemment accompagnés de douleurs siégeant à l'épigastre ou à l'hypocondre droit, et d'une augmentation ap-

préciable dans le volume du foie. L'ictère se manifeste par une coloration jaune intense de la peau; le plus souvent apyrétique, il coexiste quelquefois avec un ralentissement marqué du pouls, une sédation prononcée du système nerveux, des vertiges, un état syncopal, des tremblements des membres et de la langue, des secousses convulsives qui dépendent, du reste, plus de l'influence même de l'alcool sur l'organisme que de celle de l'affection du foie sur le système nerveux.

Hépatite. — L'hépatite d'origine alcoolique peut affecter deux formes principales : la forme parenchymateuse pure et la forme interstitielle ou cirrhose. Cette dernière est une entité beaucoup mieux décrite et mieux spécifiée que la forme parenchymateuse, qui offre plusieurs variétés dont le diagnostic anatomique seul est facile, et dont l'ensemble symptomatologique se présente parfois sous des aspects graves.

Une des formes les plus sérieuses est la forme parenchymateuse diffuse ou atrophie jaune aiguë du foie, dont l'ictère grave constitue l'expression phénoménale. Les excès alcooliques semblent constituer une prédisposition réelle à cette grave affection; mais dans plusieurs cas des excès fréquents et répétés, précédant immédiatement l'invasion de la maladie, paraissent en avoir été la cause occasionnelle.

C'est une inflammation réellement parenchymateuse; l'exsudat a lieu à l'intérieur des cellules qui, distendues et étouffées, perdent leur activité et leur vitalité. Le foie se présente en général diminué de volume et d'une coloration jaunâtre uniforme; le tissu est mou, sans cohésion. Quand le processus atrophique est en voie de formation, le foie renferme, sous forme d'exsudat, un liquide gris-jaunâtre;

quand le travail morbide est achevé, on ne trouve plus à la place des cellules hépatiques qu'un détritus granuleux brunâtre de globules de graisses, de particules de matière colorante et des noyaux de cellules.

L'ensemble symptomatologique qu'offre l'affection est excessivement grave et ne diffère guère de celui que présente l'hépatite parenchymateuse en général. Une période congestive, caractérisée par de l'ictère, des phénomènes gastro-intestinaux et de la fièvre, est suivie de la toxémie dont les états typhoïdes et comateux, les phénomènes ataxiques, adynamiques et hémorragiques forment le véritable danger. Une fois que le diagnostic est bien établi, le pronostic est d'ordinaire fatal. Il n'est pas inutile de rappeler que cette affection, pour être une conséquence aujourd'hui admise des excès alcooliques (fortes doses d'alcool surtout), doit être considérée comme un accident très rare, surtout dans nos climats.

L'hépatite suppurée ne se rencontre pas dans notre pays comme suite des abus de boissons; nous n'en avons au moins trouvé aucune observation. D'après le témoignage d'auteurs américains et anglais, les excès alcooliques entreraient pour une grande part dans la fréquence si grande des abcès du foie, dans les contrées chaudes. Sans nier cette étiologie, elle semble cependant quelque peu exagérée.

Leudet a décrit une autre forme d'hépatite qu'il appelle hépatite chronique interstitielle avec atrophie; les symptômes en sont peu apparents et se résument en vice de nutrition, qui peuvent dépendre aussi bien des désordres gastriques concomitants; l'ictère tenace, de longue durée, en serait le principal symptôme. Cette hépatite n'est que la

conséquence de congestions répétées augmentant d'abord le volume du foie qui finit plus tard par s'atrophier.

Une lésion, désignée sous le nom d'hyperplasie diffuse du foie, a été étudiée par Klebs ; elle amène une hypertrophie assez considérable de la glande et se rencontre assez fréquemment chez l'ivrogne; le parenchyme hépatique offre une coloration brune foncée; les appendices sont plus nombreux qu'à l'ordinaire. Cette forme est accompagnée d'ictère et se confond plus ou moins avec la congestion chronique. Elle est, du reste, encore assez mal spécifiée.

Mais des différentes lésions que produit l'alcool au sein du parenchyme hépatique, la cirrhose est certes une des plus ordinaires; les auteurs sont unanimes à ce sujet, et si l'on a peut-être exagéré quelque peu sa fréquence, celle-ci n'en est pas moins un fait définitivement acquis à la science. Toutefois, certains doutes se sont produits sur la question de savoir si l'alcool était l'unique facteur de la production de la cirrhose alcoolique; l'on tend généralement à admettre que l'insuffisance et la mauvaise qualité de la nourriture, ainsi que la qualité elle-même de l'alcool, ne sont pas sans influence sur son invasion.

Lésions anatomiques. — Essentiellement constituée par l'hyperplasie et l'hypertrophie des éléments conjonctifs du tissu cellulaire interstitiel, la cirrhose offre un processus toujours lent; amenant d'abord une augmentation de volume de l'organe par suite de la production d'un exsudat conjonctif joint à la congestion, elle aboutit insensiblement à la diminution du foie par rétraction de l'exsudat déposé dans les mailles du parenchyme; mais quand la matière exsudée est tellement abondante que la rétraction n'est plus possible, il en résulte un état hypertrophique.

Telle est l'essence de la cirrhose des buveurs ; la description en découlera facilement. Dans la première période, le foie est augmenté de volume et sa consistance est accrue ; la surface est vaguement granuleuse ; l'organe est hypertrophié et à la coupe on le trouve imprégné d'une matière visqueuse, d'un gris bleuâtre, composée d'éléments conjonctifs très fins et de cellules fusiformes ; dans cette matière, faisant office de stroma, apparaît le tissu normal sous forme d'ilots plus ou moins saillants.

La seconde période est caractérisée par l'induration, la diminution de volume et la déformation de l'organe, résultat de l'organisation progressive du tissu conjonctif exsudé. La surface est ordinairement granuleuse, inégale ; le tissu est résistant, crie sous le scalpel ; la coupe est nette et luisante ; elle montre une masse blanchâtre ou grisâtre plus ou moins analogue à du lard et dans cette gangue apparaissent des parties jaunes formées par les lobules hépatiques survivants.

La compression produite par l'exsudat anéantit une partie des cellules hépatiques ; l'autre partie persiste longtemps sous forme de granulations et finit parfois fort tard par se transformer en granulations graisseuses ; les conduits biliaires de même que la trame vasculaire de l'organe subissent une transformation analogue ; la fonction hépatique est d'abord ralentie, puis arrêtée. De là, des symptômes graves et caractéristiques dont l'invasion lente finit à la longue par amener les complications les plus graves.

Quoi qu'en ait dit Lancereaux, il est peu probable que les altérations anatomiques de la cirrhose, d'origine alcoolique, offrent en eux-mêmes des caractères spécifiques. L'hépatite interstitielle, suite de lésions cardiaques, présente, il

est vrai, un foie induré, parfois augmenté de volume et toujours congestionné; la stase sanguine prédomine et donne à la lésion un aspect particulier. Lisse et poli à la surface, piqueté de jaune et de brun à la coupe, le foie cardiaque revêt l'aspect particulier qu'il doit à sa coloration et que l'on a nommé foie muscade.

La cirrhose alcoolique est d'ordinaire une affection régulièrement généralisée; la cyrrhose syphilitique, qui lui ressemble beaucoup, est d'une dispersion beaucoup plus inégale; la lésion offre des irrégularités très marquées et se présente sous forme de larges ilots, de sillons et de bosselures volumineuses. Mais il ne faut pas oublier qu'il existe des cirrhoses qui ne peuvent être attribuées à aucune des causes énumérées, et ce sont peut-être celles qui offrent le plus d'analogie avec la cirrhose alcoolique; il serait difficile de les distinguer, en dehors des commémoratifs et des lésions viscérales concomitantes; ce qui prouve de nouveau notre manière de voir : que l'alcoolisme n'a, en lui-même, rien de spécifique et qu'il n'existe que par la simultanéité, la coexistence, l'évolution d'un certain nombre d'altérations qui en font un processus tout spécial.

Troubles fonctionnels.— Les troubles fonctionnels, appartenant en propre à la cirrhose alcoolique, sont peut-être difficiles à bien déterminer; il ne faut pas oublier qu'à l'époque où cette affection a acquis le développement qui en rend les manifestations extérieures bien tranchées, l'organe gastrique est rarement intact, et les manifestations de ses troubles morbides viennent obscurcir et cacher parfois complètement les désordres fonctionnels provenant de l'organe hépatique.

Quoi qu'il en soit, l'ascite est un des principaux symp-

tômes de la cirrhose; elle manque rarement tout à fait; le second signe, presque aussi constant et d'une grande valeur parce que les troubles gastriques ne sauraient l'expliquer à eux seuls, c'est la maigreur. Aucune maladie, pas même le diabète ou la phtisie, ne produit un amaigrissement aussi rapide, aussi profond et aussi caractéristique que la cirrhose alcoolique; ce n'est pas seulement l'élément adipeux qui disparaît, les muscles eux-mêmes s'atrophient. Cet état dépend de la perversion et de l'anéantissement de la triple fonction du foie : l'hématopoièse est gênée, la fonction glycogénique disparaît et la sécrétion de la bile s'arrête.

En dehors des symptômes gastriques ordinaires, l'on rencontre souvent de la constipation qui peut alterner avec une diarrhée séreuse ou sanguinolente; les gastrorrhagies, les épistaxis et les autres hémorragies sont loin d'être rares et sont le résultat de la stase sanguine dans le système de la veine porte et de l'altération du sang.

Comme signes physiques, le développement des veines abdominales est un caractère assez fréquent; au début, la matité hépatique augmente d'ordinaire d'étendue; plus tard elle diminue, et il arrive que le foie ne se sente plus à la palpation; ce caractère n'a cependant rien de spécifique.

La cirrhose est une affection excessivement grave et, après une marche plus ou moins longue, toujours mortelle. La mort est le résultat d'une cachexie, d'une hydropisie subite dans le poumon, le cerveau ou plus rarement d'une atrophie aiguë de l'organe hépatique.

Stéatose. — La stéatose du foie se rencontre généralement chez la plupart des alcooliques arrivés à un degré plus ou moins avancé de leur affection; elle consiste en un dépôt de globules graisseux au sein des cellules hépatiques.

Le ralentissement des oxydations, de même que la richesse du sang en substance graisseuse expliquent facilement ce processus.

Deux variétés de stéatose hépatique sont importantes à connaître : la stéatose simple, ou infiltration graisseuse ou mieux le foie gras, n'est accompagnée d'aucune altération de la cellule organique; le dépôt de graisse est la seule lésion; aussi son existence est-elle compatible avec la santé et ne se dénote-t-elle, en général, qu'à l'autopsie; et même, quand elle a atteint un haut degré d'intensité, les symptômes qui la traduisent n'offrent guère de gravité; c'est à peine si la gêne circulatoire occasionne à la longue un certain engorgement hémorrhoïdaire.

Altérations anatomiques. — Quand l'infiltration graisseuse ne dépasse pas un faible degré, elle ne modifie ni le volume ni l'aspect du foie et ne peut être reconnue qu'au microscope; à un degré plus avancé, le volume de l'organe s'accroît surtout en épaisseur et dans le diamètre antéro-postérieur de l'organe, ce qui finit par donner à la glande une forme presque rectangulaire. A sa surface, le foie est lisse et brillant; sa couleur est d'un rouge jaunâtre ou d'un jaune franc. A l'intérieur, le foie est anémié, ne laisse écouler que fort peu de sang; sa coupe est jaune-rougeâtre ou jaune et présente souvent des taches ou des dessins rouges. Il graisse le couteau et le microscope y révèle un abondant dépôt de gouttelettes graisseuses. Sa consistance est diminuée; elle est pâteuse au toucher et la pression du doigt y laisse une fossette persistante. Examinées au microscope, les cellules hépatiques agrandies et plus souvent arrondies, sont gorgées de fines gouttelettes de graisse ou sont entièrement occupées par un amas de graisse qui en

remplit toute la cavité. La bile, sécrétée dans ces conditions, ne paraît pas subir de changement important; parfois un peu pâle et terne, elle est le plus souvent foncée, épaisse, brunâtre ou verdâtre.

Lésions fonctionnelles. — Les désordres digestifs sont encore les premiers symptômes de l'infiltration graisseuse du foie, quand elle a atteint une certaine intensité : digestions imparfaites, accompagnées de développement de gaz, de ballonnement du ventre, d'une sensibilité exagérée à la région épigastrique; les selles sont rares, pâles, argileuses, avec alternatives de diarrhée et de constipation. Le foie lui-même ne semble traduire ses souffrances par aucun symptôme particulier; l'ictère fait défaut, de même que la douleur. Cependant les téguments cutanés semblent offrir une coloration particulière, pâle, exsangue, presque demi-transparente; ils ressemblent à de la cire et offrent au toucher comme une sensation grasse et huileuse.

Les signes physiques ont plus de valeur; l'augmentation de volume de l'organe se traduit par un abaissement du bord antérieur appréciable à la palpation et à la percussion.

Dégénérescence graisseuse du foie. — Bien différente du foie gras est l'hépatite diffuse graisseuse ou dégénérescence graisseuse du foie. Cette forme est un accident commun à bien des altérations de la texture de l'organe; c'est bien encore de la graisse qui se dépose dans les cellules hépatiques, mais les cellules elles-mêmes ont subi une désorganisation préalable; leur nutrition est troublée par des processus pathologiques du parenchyme de l'organe; elles subissent une métamorphose régressive pendant laquelle des granulations graisseuses se développent dans leur intérieur. La stéatose n'est ici qu'un épiphénomène; la désor-

ganisation de la cellule hépatique est la lésion primitive qui donne à l'affection sa véritable gravité.

La dégénérescence graisseuse du foie ne semble pas être une affection particulière, toujours identique à elle-même, ayant son processus et sa symptomatologie spéciale ; elle intervient plutôt à titre de complication dans plusieurs affections de l'organe. Klebs cependant lui assigne des caractères tranchés : le foie serait excessivement mou ; sa surface de section terne et d'une coloration mate foncée; on le dirait recouvert d'un enduit pulvérulent; il a presque l'aspect du foie bouilli.

Une altération aussi profonde désorganise vivement les fonctions hépatiques, la sécrétion biliaire aussi bien que la fonction hématique et glycogène. De là, des symptômes excessivement graves, se traduisant par des troubles circulatoires (stases sanguines, hydropisies), des troubles nutritifs et hématiques, une anémie profonde, de la cachexie, des symptômes cholémiques, symptômes qui se confondent du reste avec ceux de l'atrophie aiguë du foie.

Système biliaire. — Chez les buveurs, les conduits biliaires sont presque toujours le siége d'un léger état inflammatoire, produit moins par l'action irritante de l'alcool lui-même que par l'extension de l'inflammation de la muqueuse stomacale à celle des canaux excréteurs de la bile. Alors que le foie n'est pas encore atteint, c'est à cette lésion qu'est due la teinte sub-ictérique si fréquente chez ceux qui abusent de l'alcool et qui apparaît aux sclérotiques et aux ailes du nez.

L'alcool ne paraît avoir aucune influence sur la production des calculs biliaires, et si, par suite de son action irritative sur le parenchyme hépatique, il modifie profondément la fonction biliaire et hématique, il a été trouvé jusqu'ici sans action sur la fonction glycogène.

Arrivé à la fin de notre étude sur les altérations produites par l'alcool dans l'organe hépatique, il convient de jeter un coup d'œil sur l'ensemble de leurs manifestations et sur les processus morbides qui y président.

En dehors des accidents aigus occasionnés par des doses exagérées d'alcool dans le cours d'un alcoolisme chronique, le premier symptôme qui traduit une atteinte maladive de l'organe hépatique, est la teinte sub-ictérique de certaines parties de la face et de la sclérotique. Produit d'abord indirect de la phlegmasie gastrique par son extension aux conduits biliaires, elle ne tarde pas à traduire les souffrances directes du foie, dont la congestion vient joindre ses symptômes à ceux de l'organe gastrique. Périodiquement alors, soit à la suite d'écarts de régime ou d'absorption exagérée de boissons spiritueuses, surviennent des accès plus ou moins passagers de congestion de l'organe lui-même, se traduisant par des symptômes aigus, de la douleur à la région hépatique, de l'engorgement du foie avec augmentation de volume et production d'ictère plus ou moins grave. Au bout de quelques jours, toute suractivité disparaît, la glande hépatique rentre dans son calme habituel, et au bout d'un temps plus ou moins long, la même scène morbide se reproduit, plus ou moins grave, suivant le régime et la nature des excès.

La cirrhose peut être la conséquence de ces poussées aiguës vers le foie, et c'est alors que, graduellement, l'on voit son volume diminuer, l'acuité des symptômes gastro-hépatiques se calmer ; mais l'amaigrissement fait des progrès et l'ascite apparaît. Fréquemment cependant la cirrhose s'établit d'une manière lente et insidieuse, et le médecin ne songe à l'organe hépatique que quand l'ascite

a déjà rempli une partie de la cavité péritonéale. L'ictère grave et la dégénérescence graisseuse surviennent d'ordinaire avec rapidité et affectent une marche aiguë. Quant à l'infiltration graisseuse, elle s'établit lentement et insidieusement et l'on en constate plus souvent l'existence à l'autopsie que pendant la vie.

Rate. — La rate ne subit aucune altération directe dans l'alcoolisme chronique, mais le trouble circulatoire résultant des lésions hépatiques finit par y occasionner des hyperémies avec hypertrophie ou exsudation, dont la nature intime n'est pas encore bien déterminée. Elle est volumineuse, molle, friable ou petite, ratatinée.

Mésentère. — Épiploons. — Le mésentère et les épiploons sont d'ordinaire le siége d'une forte surcharge graisseuse qui en augmente le volume au point de remplir complètement la cavité abdominale. Des dépôts de graisse se trouvent, du reste, dans la plupart des organes abdominaux, sous le péritoine, en avant des organes de la sécrétion urinaire et dans la paroi abdominale elle-même. Il faut cependant remarquer que cette obésité se rencontre plus fréquemment chez le buveur de bière que chez le buveur d'alcool qui semble d'ordinaire plutôt émacié.

Péritoine. — Lancereaux a appelé l'attention sur une lésion jusqu'ici peu connue du péritoine, la péritonite adhésive dont plusieurs observations ont encore été signalées après lui ; ces désordres se sont produits dans des conditions telles qu'il est difficile de douter que l'alcoolisme n'ait eu une grande part dans leur production. L'abdomen est volumineux et bosselé ; la cavité péritonéale renferme un liquide séreux, clair, transparent, un peu jaunâtre, contenant parfois du sang, mais jamais la moindre production

purulente. Des fausses membranes blanches, résistantes, tapissent toute la surface du péritoine et font adhérer entre eux les divers viscères renfermés dans l'abdomen; elles produisent, par leur enlacement, des poches dont les parois sont constituées par une trame de substance conjonctive et des vaisseaux plus ou moins nombreux; ces poches contiennent du liquide exsudatif en plus ou moins grande abondance.

Les symptômes sont assez obscurs; la douleur est sourde, disséminée et augmente par la percussion; il y a diarrhée avec troubles digestifs; le ventre est plus volumineux et offre des inégalités; à la palpation, il donne une sensation d'empâtement avec absence de déplacement des anses intestinales, une sensation incomplète de flux et de déplacement de liquide.

Enfin Lancereaux décrit une péritonite granuleuse, à la production de laquelle l'alcoolisme ne serait pas étranger; elle est caractérisée par le dépôt de masses granuleuses, analogues aux granulations tuberculeuses de la phtisie aiguë, dépôt qui se fait dans la trame péritonéale et coïncide avec les mêmes dépôts dans les poumons.

Appareil respiratoire. — Larynx et bronches. — La muqueuse laryngienne est peut-être une de celles qui témoignent la première des atteintes de l'alcoolisme chronique : la raucité de la voix et l'aphonie ont quelque chose de caractéristique et indiquent, par leur présence, des habitudes alcooliques qui peuvent ne pas encore avoir complètement dégénéré en intoxication chronique. La simple ivresse prolongée et plusieurs fois répétée peut déjà la produire; il est vrai que d'autres éléments entrent ici en ligne de compte, parmi lesquels le moindre n'est peut-être pas l'in-

spiration des vapeurs irritantes du cabaret et l'usage exagéré de la parole.

Quoi qu'il en soit, l'alcoolisme confirmé ne tarde pas à se révéler du côté du larynx par une inflammation chronique, caractérisée anatomiquement par une injection violacée, des points ecchymotiques et même un état granuleux manifeste; d'autres fois l'épithélium est détruit; la muqueuse érodée offre des ulcérations superficielles; elle est d'ordinaire recouverte d'un mucus épais, transparent ou grisâtre.

Fonctionnellement, ces altérations se caractérisent par cette voix habituellement enrouée des buveurs, qui se voile de plus en plus à chaque nouvel accès, et en arrive souvent à s'éteindre complètement. Insensiblement, les bronches finissent par s'entreprendre et la lésion peut descendre jusqu'aux plus petites divisions bronchiques; la muqueuse s'épaissit, se couvre d'une exsudation épaisse, gluante qui s'expectore difficilement, obstrue les canaux aériens, paralyse les bronches et empêche l'aération et, consécutivement, la vivification sanguine au sein des poumons. De là, plusieurs des particularités que l'on observe chez les alcoolisés : l'emphysème, la bronchiectasie, la teinte cyanotique de la face, l'oppression portée jusqu'aux accès d'asthme. L'altération bronchique agissant directement sur la circulation et la crase sanguine, peut avoir sur tous les appareils organiques et leur fonctionnement une influence capable d'amener, et d'augmenter, quand elle existe, la dyscrasie alcoolique.

Ici, comme plus haut, la vie extérieure de l'alcoolisé vient ajouter son influence aux causes spécifiques elles-mêmes.

Poumons. — Congestion pulmonaire. — La congestion

pulmonaire est une lésion fréquente de l'alcoolisme, et d'autant plus fréquente que les abus alcooliques sont plus souvent accompagnés de refroidissements. Elle occupe d'ordinaire la base et la partie postérieure du poumon. Le parenchyme pulmonaire est flasque, mou, peu aéré, légèrement friable, mais encore insufflable; sa coloration est brunâtre; il est le siège d'une véritable infiltration hémorragique; la pression fait sourdre un liquide noirâtre, visqueux; le poumon offre le caractère de l'état dit carnification.

Les symptômes fonctionnels se résument en un peu de gêne avec constriction thoracique, une légère dyspnée, une expectoration muqueuse, parfois striée de sang. Les signes physiques sont une sub-matité à la percussion et des râles muqueux ou sous-crépitants à l'auscultation.

Apoplexie pulmonaire. — L'apoplexie pulmonaire vient après la congestion; elle est loin d'être rare dans l'alcoolisme, mais on la rencontre plutôt dans les ivresses graves, comme complication résultant à la fois des excès alcooliques et des causes déprimantes extérieures.

Pneumonie. — La pneumonie peut-elle être un effet direct de l'action de l'alcool sur l'appareil pulmonaire en dehors de toute autre cause occasionnelle? Cette opinion a été émise et soutenue, non sans quelques exemples à l'appui, mais elle ne saurait être admise sans certaines réserves.

Dans ces cas, la pneumonie existe d'ordinaire à l'état latent; son étendue est peu prononcée, ses symptômes sont insidieux et ne se révèlent par aucun des caractères si tranchés de la généralité des inflammations pulmonaires franches. Mais comme pour l'apoplexie, c'est peut-être là autant la pneumonie de l'ivresse grave que celle de l'intoxi-

cation chronique par l'alcool. Quoi qu'il en soit, quand elle survient chez les alcoolisés, elle offre, comme la plupart des individualités morbides alcooliques, certains caractères particuliers qui, bien qu'insuffisants à constituer une entité à part, permettent cependant d'en faire un exposé pathologique spécial.

Anatomiquement, c'est plutôt la splénisation pulmonaire qui la représente : des lobules indurés, mal délimités, mous, friables, d'un brun sale et contenant des globules de pus et des globules de graisse.

Elle évolue d'ordinaire suivant le type catarrhal, c'est-à-dire qu'elle est double et d'une marche envahissante excessivement rapide.

Le caractère principal de la symptomatologie réside dans la prédominance des symptômes généraux sur les symptômes locaux; ceux-ci sont d'ordinaire cachés; une crépitation indécise, profonde, caractérisée surtout par des râles muqueux et une obscurité ou une absence complète du murmure vésiculaire; le souffle manque souvent. Quant aux symptômes généraux, ce sont ceux de toute atteinte constitutionnelle grave, prostration, délire, phénomènes ataxiques, adynamiques, avec dépression des forces, irritation gastro-intestinale, sueurs profuses, affaiblissement de l'action du cœur. Ces phénomènes sont d'ordinaire si graves et si peu en rapport avec l'état local que celui-ci est souvent méconnu. Il est vrai de dire que les symptômes ataxo-adynamiques qui dominent la scène morbide constituent, plus souvent qu'on ne le croit, l'affection générale dont la pneumonie n'est que la complication ; plus souvent encore qu'on ne le croit, la maladie véritable est bien le delirium tremens dont la modalité se trouve modifiée et aggravée par l'affec-

tion pulmonaire, et ces deux affections en réagissant l'une sur l'autre, produisent cet ensemble particulier qui n'appartient en réalité, en propre à aucune d'elle. C'est alors que l'on voit le délire, l'agitation nocturne, le tremblement, les soubresauts de tendons, la carphologie, les illusions et les hallucinations se joindre à la réaction fébrile, à la toux, à l'oppression et à l'expectoration, et donner naissance à des états pathologiques des plus graves.

Sclérose pulmonaire. — Autrement appelée induration pulmonaire, elle n'existe à l'état de pureté et d'indépendance de toute autre lésion que chez l'alcoolisé. Inflammation interstitielle, elle a la même origine que la cirrhose du foie; seulement elle est beaucoup plus rare et n'occupe, en général, qu'une certaine étendue du poumon.

Anatomiquement, la période d'état de la sclérose pulmonaire est précédée d'une période congestive assez semblable à celle de tout autre état fluxionnaire. Plus tard, la turgescence fait place à la rigidité; la congestion s'efface, les groupes de capillaires disparaissent par compression; la végétation conjonctive peut envahir l'intérieur des cavités alvéolo-bulbaires; le tissu est pâle, exsangue, d'un blanc grisâtre, résiste au doigt et à la coupe; il est parcouru par de puissants tractus fibreux doués de la rétractilité cicatricielle. La résistance et la coloration grise du tissu ont fait donner à l'altération le nom d'induration grise.

Les symptômes fonctionnels, de même que les signes physiques, ne sont pas encore assez certains pour pouvoir amener un diagnostic même approximatif. Ils se résument en sub-matité, exagération vocale, souffle avec diminution du bruit respiratoire, bronchophonie et dépression partielle du thorax au niveau de l'altération Quand elle se généra-

lise, elle gène considérablement l'hématose et entraîne à sa suite des accidents dyshématiques.

Dypsnée nerveuse. — Marcet a signalé un symptôme fréquent se rapportant au système respiratoire, c'est une dyspnée toute particulière, momentanée et s'accompagnant d'une sorte de suffocation gutturale. La respiration s'arrête parfois tout à coup; il semble au malade qu'un obstacle subit lui ferme le larynx; il renverse la tête en arrière, rejette par la bouche une quantité d'air, puis reprend sa faculté de respirer librement jusqu'au retour d'un nouveau spasme. Le point caractéristique de ce phénomène, c'est qu'il est indépendant de toute lésion pulmonaire.

Pthisie pulmonaire. — La question de l'influence de l'alcoolisme chronique sur la production de la phtisie pulmonaire a suscité de nombreuses controverses, et tandis qu'il s'est trouvé des médecins pour affirmer que l'abus des liqueurs était dans certains cas un véritable prophylactique de la tuberculose, d'autres ont prouvé que l'alcoolisme en favorisait le développement. Peu cependant ont été jusqu'à prétendre que la phtisie pût être un produit direct de l'alcool, c'est-à-dire un véritable symptôme de l'alcoolisme. Lancereaux dans le dictionnaire encyclopédique, assigne à la forme alcoolique de la phtisie pulmonaire des caractères plus ou moins spéciaux, en ce qu'elle atteint ordinairement des hommes robustes, à la fleur de l'âge, adonnés aux travaux rudes, faisant de grands abus alcooliques et n'ayant dans leurs familles aucun antécédent tuberculeux. La marche de l'affection peut être galopante ou bien subaiguë, mais rarement tout à fait chronique, vu qu'elle ne met en général que six mois pour accomplir toutes ses phases. La lésion anatomique qui la caractérise

consiste dans des granulations miliaires, quelquefois lenticulaires ou pisiformes, assez également disséminées au sein du parenchyme pulmonaire congestionné, ramolli, souvent altéré ou parsemé de points pigmentaires noirâtres. Ces granulations siégent d'ordinaire le long des bronches et de la gaîne des vaisseaux et peuvent se retrouver dans les autres organes, foie, rate, reins, péritoine.

Les symptômes sont assez variables et n'ont rien semblé offrir de particulier dans la description qu'en donne l'auteur.

Cette forme, du reste peu caractérisée au point de vue des symptômes, n'est nullement spéciale à l'alcoolisme; rien ne la distingue des formes similaires; les observations ont établi que l'on trouvait des phtisies granuleuses bien ailleurs que dans l'alcoolisme et que celui-ci peut s'accompagner de formes présentant de tout autres caractères; c'est ainsi que Baer rapporte que sur quarante phtisiques alcooliques, il n'a pas rencontré une seule forme granuleuse.

Si, cependant, il n'est pas encore possible de constater d'une manière positive que la tuberculose pulmonaire soit un symptôme même accidentel de l'alcoolisme, il n'en résulte pas que celui-ci soit sans influence sur sa production; mais cette action véritable est difficile à déterminer. Les statistiques brutes que l'on donne à l'appui de l'une et de l'autre de ces manières de voir, sont absolument insuffisantes à apporter la moindre conviction; ce n'est pas en prenant un nombre total de phtisiques, et en calculant combien sur ce nombre ont fait des excès de boissons, que l'on parviendra à déterminer l'influence de l'intoxication sur la tuberculose pulmonaire. Richardson et Drysdale nous paraissent s'être davantage rapprochés de la vérité en scrutant l'étiologie de tous les tuberculeux que l'on rencontrait

chez un certain nombre d'ivrognes, et en ne posant le diagnostic étiologique que par exclusion. C'est ainsi que sur 2,000 phtisiques, Richardson en a trouvé 36 chez lesquels l'excellence de la constitution, la jeunesse et l'absence de toute prédisposition ou cause occasionnelle imposaient pour ainsi dire l'étiologie alcoolique. Drysdale est arrivé à peu près aux mêmes résultats. D'un autre côté, si l'on réfléchit au grand nombre d'alcoolisés et d'ivrognes que renferme la société, si l'on considère combien rarement se rencontre la phtisie pulmonaire dans les établissements où viennent se faire soigner et où viennent mourir tous les naufragés de l'alcool, l'on ne saurait tirer de tous ces faits qu'une seule conclusion, c'est que l'alcoolisme peut avoir son influence tant sur le développement que sur la marche de la phtisie, mais que cette influence ne se manifeste qu'assez rarement. C'est l'opinion de Baer et c'est aussi la nôtre.

Cette conclusion, que nous croyons cependant l'expression réelle des faits, ne sera peut-être pas sans étonner le praticien qui n'ignore pas combien toutes les influences, qui détériorent et affaiblissent la constitution, qui vicient les processus nutritifs, sont favorables à l'éclosion de la tuberculose pulmonaire; combien les irritations pulmonaires sous toutes leurs formes, irritations tant internes qu'externes si fréquentes chez les alcoolisés, hâtent et favorisent le développement de la phtisie. Ce sont certes ces données théoriques plus que les faits eux-mêmes qui ont aidé à propager l'idée de la fréquence de la tuberculose dans l'intoxication alcoolique. Mais les théories doivent céder là où elles sont en contradiction avec les faits.

Plèvres. — La plèvre est parfois le siége de dépôts exsu-

datifs qui recouvrent la membrane sous forme d'enduits couenneux plus ou moins étendus et plus ou moins épais; ils sont l'expression du processus formatif qui constitue une des modalités de l'alcoolisme et ont leur analogue dans les dépôts pseudo-membraneux du péritoine et de la dure-mère. Ces fausses membranes pleurales peuvent donner lieu à des adhérences ou se présenter sous forme de poches renfermant de la sérosité trouble.

Système circulatoire. — Cœur. — Le cœur est presque toujours malade chez l'alcoolisé chronique arrivé à une certaine période de son intoxication, et c'est plus ordinairement sa substance charnue que les valvules elles-mêmes qui sont le siége des différentes lésions.

L'hypertrophie est, à des degrés variables, une lésion que l'on observe assez fréquemment; elle porte d'ordinaire sur le cœur gauche, dont les cavités sont augmentées de volume et dont les parois elles-mêmes sont hypertrophiées. Les lésions s'étendent plus rarement au cœur droit qui finit cependant par y participer.

Les causes de cette hypertrophie sont multiples; elles se trouvent d'abord dans les propriétés stimulantes de l'alcool sur l'activité cardiaque, dont l'excitation continue ne tarde pas à produire l'augmentation de volume de l'organe; elle trouve ensuite sa raison d'être dans les nombreux obstacles que l'alcool apporte, dans les divers organes, à la circulation sanguine, et qui se résument dans les affections pulmonaires, hépatiques, rénales. La stase sanguine produite par la dilatation vasculaire et l'état athéromateux des artères, en occasionnant une gêne et un ralentissement dans le courant sanguin, force le cœur à exagérer son déploiement de force, et, par conséquent, en amène l'hypertrophie.

L'état gras du cœur est la seconde altération presque constante de cet organe : il affecte deux formes principales, la surcharge graisseuse ou obésité du cœur, d'abord, la dégénérescence graisseuse, ensuite. La première, qui n'est que l'exagération de l'état normal, consiste dans le dépôt du tissu adipeux entre le péricarde et la substance musculaire. Ce dépôt se fait d'abord à la base de l'organe et le long du trajet de l'artère coronaire antérieure; plus tard, il forme une espèce de couronne à la base du cœur et recouvre en même temps le bord ou même tout le ventricule droit; la graisse ainsi amassée constitue des appendices ou des pelotons plus ou moins volumineux et qui ne sont pas sans gêner le cœur dans ses mouvements, en même temps qu'ils en modifient la forme naturelle et qu'ils font perdre de sa consistance à l'organe. La stéatose s'étend de même aux parois intérieures, où l'on remarque des taches jaunes formées par de la graisse et dont la quantité peut être telle qu'elle masque toute la surface des cavités; enfin la graisse pénètre jusque dans l'épaisseur même des parois et s'y montre sous forme de stries analogues à celles que présente la viande de boucherie provenant d'un animal gras. Mais les faisceaux et les fibres musculaires restent intacts; celles-ci sont simplement séparées, dissociées par le tissu adipeux qui s'intercale entre elles.

La seconde forme du cœur gras est la dégénérescence graisseuse proprement dite ou stéatose interstitielle; ici l'élément graisseux infiltre la fibre musculaire elle-même. Le premier effet de cette infiltration est un changement de couleur de la substance du myocarde qui contracte une teinte jaune cannelle, jaune pâle ou feuille morte. La consistance du cœur est diminuée; il devient flasque, mou, et

s'aplatit lorsqu'on le met sur une table; il est friable, se laisse facilement déchirer, et le couteau qui le coupe se recouvre de graisse. La substance musculaire devient mate, opaque, comme pointillée. La fibre musculaire s'altère et prend l'aspect granuleux; enfin le myocarde diminue de volume et s'atrophie.

Les désordres fonctionnels de ces deux formes d'affections graisseuses sont fort variables et aucun symptôme ne saurait en traduire exactement le diagnostic, d'autant plus qu'elles accompagnent d'ordinaire l'hypertrophie de l'organe. Cependant dans l'alcoolisme chronique, une forte dyspnée, des contractions sourdes, alourdies, des battements obscurs, parfois presque imperceptibles, le pouls faible, fuyant, irrégulier, disparaissant sous les doigts; des vertiges, un sentiment de défaillance, des syncopes et la respiration de Cheymes-Stokes doivent faire supposer une altération dont la stéatose d'autres organes viendra rendre le diagnostic plus probable, tout en laissant toujours planer des doutes sérieux sur son existence réelle.

Système vasculaire. — La dilatation vasculaire constitue la principale des altérations du système capillaire; des stases sanguines occupant la plupart des organes en sont la conséquence; de là, des congestions passives du cerveau, du poumon, des organes intestinaux et du système vasculaire de la face. La cause des troubles du système circulatoire en lui-même réside dans les propriétés paralysantes de l'alcool sur les vaso-moteurs, d'après les uns, et dans la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires lisses des vaisseaux, d'après les autres, dégénérescence qui affaiblit et annihile le tonus vasculaire.

Dans le système artériel, ce sont la dégénérescence athé-

romateuse et la dégénérescence graisseuse qui constituent les manifestations les plus fréquentes de l'alcoolisme. L'inflammation des artères beaucoup moins fréquente, il est vrai, a été mise hors de doute par Marthy. La dégénérescence graisseuse n'offre rien de particulier et se rencontre sous forme de plaques jaunes, lisses, peu saillantes et peu étendues, et ayant leur siège de prédilection dans l'aorte et l'artère pulmonaire ; on les rencontre aussi dans les petites artères.

La dégénérescence athéromateuse ou athérome artériel est peut-être moins fréquemment rencontrée et son existence, comme manifestation alcoolique, a été davantage contestée ; c'est sous forme d'endartérite profonde qu'elle se manifeste toujours ; par suite de l'irritation à laquelle elle est soumise, la membrane interne se remplit de petits foyers gélatineux qui, peu confluents, ressemblent à une éruption variolique à la surface interne du vaisseau et en épaississent les parois. Au bout d'un certain temps, les éléments cellulaires qui les composent subissent des métamorphoses régressives sous forme d'infiltration graisseuse qui constitue alors l'athérome artériel, ou sous forme d'infiltration calcaire qui forme la dégénérescence calcaire de l'athérome. Dans l'un comme dans l'autre cas, les parois vasculaires perdent leur élasticité, deviennent épaisses, raides et opposent un obstacle réel à la circulation sanguine. La trop grande tension et la trop forte extension des artères sont une cause fréquente d'athérome. Traube assigne à cette modification du système artériel dans l'alcoolisme la cause principale de la dégénérescence athéromateuse, et les stases occasionnées par l'alcool amènent nécessairement un surcroît de tension dans le système aortique.

Les veines sont le siége de lésions inflammatoires plutôt de nature adhésive; celles-ci se montrent surtout dans le système de la veine porte, puis dans l'artère pulmonaire, enfin dans certains gros troncs veineux des membres. C'est sous forme de pyléphlébite et de phlébartérite qu'on les rencontre le plus fréquemment.

L'affection est caractérisée par la production, au sein des vaisseaux, de fausses membranes adhérentes à leurs parois; ces neo-membranes sont constituées par une trame de substance conjonctive, au milieu de laquelle on trouve parfois des grains d'hématine et même des cristaux d'hématoïdine. Les symptômes varient évidemment suivant le siège de l'altération; la phlébite de la veine porte et de ses ramifications, la plus fréquente de toutes, se manifeste d'ordinaire par de l'ictère, une ascite abondante, à évolution rapide, et une maigreur excessive.

L'artérite pulmonaire a pour symptôme une dyspnée souvent très intense et se produisant en l'absence de toute altération cardiaque ou pulmonaire, de la cyanose ou de la pâleur de la peau et des muqueuses, de l'œdème des membres, de la faiblesse du pouls et des battements du cœur. Le diagnostic est évidemment très difficile; mais il peut acquérir un certain degré de certitude par suite de l'absence de toute lésion capable d'expliquer la production des phénomènes morbides.

Les lésions valvulaires ne sont pas bien rares chez les alcoolisés, mais leurs relations avec l'intoxication alcoolique elle-même ne sont encore qu'imparfaitement établies. Lancereaux parle bien d'un certain épaississement blanchâtre ou grisâtre, existant dans les valvules sous forme de prolongements conoïdes, papillaires, et formé de substance con-

jonctive revêtue d'un épithélium plus ou moins altéré; mais ces lésions constituent le début de la plupart des affections organiques du cœur, et les caractères que leur assigne Lancereaux sont trop incertains pour permettre de leur reconnaître une origine spéciale.

Appareil génito-urinaire. — Organes urinaires. — Reins. — Une particularité digne de remarque à propos des affections des reins que l'on rencontre chez les buveurs, c'est qu'on ne les trouve, en général, que chez une certaine catégorie de personnes adonnées à la boisson. C'est ainsi que cette détermination morbide est incontestablement plus fréquente chez ceux qui boivent de l'alcool sous forme d'excipient fortement dilué, cidre et principalement bière, que chez ceux qui usent de l'alcool sous forme d'eau-de-vie ou de vin; or, comme les premiers absorbent ordinairement moins d'alcool que les seconds, il doit entrer ici en ligne de compte un autre élément dont la nature nous échappe encore. Jaccoud n'est pas sans croire que l'action irritative de l'alcool a moins d'influence que l'action diurétique des boissons qui lui servent de véhicule, et la néphrite serait due plutôt à une irritation fonctionnelle qu'à une irritation alcoolique.

Quoi qu'il en soit, les affections rénales sont loin d'être rares dans l'alcoolisme chronique, et leur fréquence tient peut-être simultanément aux deux causes que nous venons d'exposer. Celles-ci trouvent encore un adjuvant dans les mauvaises conditions hygiéniques auxquelles sont fréquemment exposés les buveurs, surtout dans une certaine classe de la société, où les refroidissements sous toutes les formes sont leur partage presque exclusif.

Il semble cependant que l'on ait quelque peu exagéré

l'influence des alcooliques sur la production des inflammations néphrétiques ; à elle seule, l'action de l'alcool ne paraît pas toujours suffisante, et il résulte des recherches les plus récentes de Rosenstein, Parkes, Furstner, Frerisch, que dans la plupart, si pas dans tous les cas de néphrite albumineuse, observés chez les alcooliques, d'autres causes, telles qu'habitation humide, mauvaise nourriture, nutrition insuffisante, exposition à l'humidité et refroidissements prolongés, sont venues ajouter à l'alcool leur influence pathogénique non moins évidente. Il est cependant bon de remarquer que ces conditions défavorables se retrouvent chez les buveurs d'alcool comme chez les buveurs de bière et que, dès lors, la grande différence que l'on constate dans la fréquence de la néphrite chez ces deux classes d'ivrognes doit dépendre du liquide absorbé plus que des conditions et agents extérieurs.

Le complexus morbide connu sous le nom de maladie de Bright, et que l'on rencontre dans l'alcoolisme chronique, bien que se montrant symptomatiquement sous un type presque toujours identique et offrant, par conséquent, un ensemble clinique bien caractérisé, présente anatomiquement plusieurs formes assez bien déterminées et dont la fréquence relative est variable. Ces trois types sont : la néphrite diffuse ou parenchymateuse, la dégénérescence amyloïde et la sclérose.

La néphrite parenchymateuse ou diffuse présente deux périodes anatomo-pathologiques : à la première période ou congestive, le rein a augmenté de poids et de volume ; sa consistance est diminuée, l'hyperémie porte principalement sur les éléments glandulaires ; ce sont les corpuscules de Malpighi, les anses vasculaires qui y sont conte-

nues et les capsules enveloppantes, qui présentent l'injection la plus considérable sous forme de petites saillies rougeâtres, sphériques, ce qui donne à la coupe du rein un aspect granuleux; parfois les capillaires sont rompus, des hémorragies ont lieu, le glomérule est détruit et transformé en un petit corps noirâtre.

La période exsudative est caracérisée par le dépôt d'un exsudat, non à la surface libre des canalicules, mais bien dans leur revêtement épithélial; les cellules épithéliales s'infiltrent et se remplissent de granulations protéïniques surtout dans la substance corticale; elles augmentent de volume et s'accroissent en nombre; par suite de ce travail, les canalicules se dilatent, compriment les vaisseaux sanguins et produisent l'anémie des couches corticales. En même temps, le tissu conjonctif interstitiel est le siége d'un travail hyperplasique qui débute par les corpuscules de Malpighi. Ces différentes lésions augmentent le volume du rein qui peut quelquefois être doublé; sa consistance est plus molle qu'à l'ordinaire; la surface est encore lisse, sauf quelques petites granulations isolées qui s'élèvent au-dessus du niveau de l'organe; l'enveloppe fibreuse, devenue trouble, s'enlève facilement par traction; la couleur, autrefois rouge foncée ou brun-rouge, prend une teinte jaunâtre ou même jaune blanchâtre; le contenu sanguin est faible; les pelotons vasculaires des capsules de Malpighi ne peuvent plus être aperçus à l'œil nu sous forme de points rouges. A la section, on reconnaît que l'augmentation de volume est due au gonflement considérable de la substance corticale; les pyramides, dont la couleur rouge tranche fortement sur la couleur jaune de la substance corticale, ne prennent aucune part à ce changement de teinte.

La période régressive ou atrophique est caractérisée par l'organisation et la transformation des différents exsudats déposés pendant la période exsudative. Le contenu des cellules épithéliales et les cellules elles-mêmes dégénèrent en détritus graisseux ; la membrane fondamentale des canalicules s'affaisse et le parenchyme s'atrophie; de son côté, l'exsudat fibrineux en se rétractant, amène l'oblitération des vaisseaux et contribue en même temps à l'atrophie du parenchyme. Alors on trouve le rein diminué de poids et de volume; il est plus petit et plus léger; sa consistance est dure et coriace; l'enveloppe fibreuse est intimement unie au parenchyme ; la couleur est d'un jaune sale; la substance corticale a disparu en grande partie.

La dégénérescence graisseuse des reins peut, comme dans la stéatose hépatique, offrir plusieurs variétés; mais ici elle n'est, en général, qu'une complication ; tandis que le foie gras subsiste souvent comme affection autonome. La stéatose rénale constitue une véritable dégénérescence graisseuse, une altération des cellules par le dépôt d'éléments graisseux dans la seconde période de la néphrite parenchymateuse. Chez les alcoolisés, cette seconde période est d'ordinaire beaucoup plus longue et caractérisée bien plus par la régression graisseuse que par l'hyperplasie sclérotique ; la première existe pour ainsi dire à l'exclusion de la seconde, ce qui donne au rein, à cette période, l'aspect d'une véritable dégénérescence graisseuse ; souvent même l'affection rénale s'arrête à ce moment de son évolution et contribue par ce stade d'arrêt à rendre la similitude plus frappante encore avec la stéatose.

Quant à l'infiltration graisseuse simple, elle est plus rare et n'occasionne, en général, que peu de désordres fonctionnels.

La sclérose rénale est une forme d'évolution de la néphrite diffuse qui est assez rare dans son état de pureté; c'est plutôt un de ses modes de terminaison; elle réside dans la prédominance de l'hyperplasie formative interstitielle sur le processus dégénératif graisseux; parfois même cette évolution est exclusive, et alors se constitue une véritable cirrhose du rein; sous l'influence de l'hyperplasie du tissu cellulaire interstitiel, la nutrition des éléments glandulaires des glomérules et des épithéliums est compromise; le rein s'atrophie et offre à sa surface des bosselures et des dépressions.

La dégénérescence amyloïde se rencontre chez un certain nombre d'alcoolisés, mais la part d'influence qu'il faut attribuer à l'alcool lui-même dans sa production n'est pas encore suffisamment établie pour en faire une des manifestations de l'intoxication chronique.

Les manifestations de ces diverses altérations rénales se confondent en général dans la symptomatologie de la maladie de Bright; celle-ci n'offre guère de particularité chez l'alcoolisé. Le seul symptôme qui puisse la faire reconnaître est encore l'albuminurie, car les autres phénomènes tels que anasarque, décoloration des tissus, cachexie spéciale, peuvent aussi bien dépendre d'affections du cœur, du foie ou de la désorganisation du sang que de l'affection du rein elle-même.

Vessie. — Il n'est pas très rare de rencontrer chez les alcoolisés, surtout chez les buveurs de bière, un catarrhe vésical offrant d'ordinaire tous les symptômes des catarrhes d'origine rhumatismale; mais jusqu'ici l'on n'en a pas encore constaté l'existence dans des conditions assez usuelles et avec des particularités assez spéciales pour permettre d'en faire un symptôme de l'alcoolisme.

Testicule. — L'intoxication alcoolique a une action évidente sur la vie sexuelle; elle éteint complètement les désirs vénériens; mais c'est là bien plutôt une action nerveuse qu'une influence dépendant de causes locales. Il n'est cependant pas prouvé que l'atrophie des testicules, provoquée par l'alcoolisme, n'ait pas sa part d'intervention dans cette disposition morbide. Lancereaux a, en effet, constaté l'état de flaccidité et d'atrophie des testicules chez le buveur; ces organes se réduisent parfois au volume d'un haricot et même d'un pois, et remontent jusqu'à l'anneau inguinal; en même temps le scrotum et la verge sont flasques. Le testicule lui-même offre certaines lésions organiques encore assez mal déterminées. Les cellules épithéliales des canalicules, parfois plus volumineuses et granuleuses, d'autres fois déformées et détruites, ne constituent plus qu'une masse grenue à l'intérieur du tube; les vésicules séminales renferment un liquide sâle, jaunâtre, gluant et visqueux, au sein duquel ne se rencontre qu'un petit nombre de spermatozoïdes et, en certaine abondance, le corps décrit par Robin sous le nom de sympexion. Cet état, qui est naturel chez le vieillard, prouve que l'alcool amène dans l'organisme une sénilité précoce. Cependant l'accord n'est pas unanime sur ces divers points, car Huss avec d'autres observateurs prétendent que ces divers phénomènes résultent plutôt du manque d'érections, lequel dépend à son tour d'un affaiblissement musculaire.

Ovaire. — L'influence des alcooliques sur les organes ovariques n'a guère été convenablement étudiée jusqu'ici. D'après Lancereaux, l'alcoolisme provoquerait d'une façon hâtive l'atrophie des ovaires surtout dans leur portion glandulaire; de là, l'établissement précoce de la ménopause. Le

savant auteur attribue encore à l'intoxication la production de métrorrhagies, de troubles dans la menstruation et même d'avortements. Franck avait déjà remarqué que les avortements sont excessivement fréquents dans les pays de vignobles. Quoi qu'il en soit, la science est loin d'avoir dit son dernier mot dans cette question où entrent en ligne de compte des éléments nombreux, à chacun desquels il conviendrait d'attribuer sa part d'influence. On semble cependant vouloir admettre aujourd'hui que, par suite du trouble que l'alcoolisme jette dans la fonction menstruelle, il amoindrit la fécondité et favorise les fausses couches; qu'en un mot, il diminue la nativité chez la femme.

Appareil tégumentaire. — La peau, surtout à la face, offre chez l'alcoolisé une coloration particulière et presque caractéristique; le nez et les parties environnantes, dans une étendue plus ou moins grande, sont le siége d'une coloration rouge violacée qui se caractérise fort bien par l'épithète vulgaire d'enluminée; on la constate encore, mais plus rarement, sur d'autres parties du corps; en même temps, mais à une certaine période de l'intoxication alcoolique seulement, le tégument extérieur devient comme onctueux, comme huileux et légèrement luisant et satiné, surtout chez les personnes auxquelles l'alcool donne un certain embonpoint; les sécretions cutanées sont, en général, plus abondantes, grâce à l'action sudorifique de l'alcool et contiennent beaucoup plus de graisse qu'à l'état normal.

A une période plus avancée de l'intoxication, en dehors des parties dont la coloration est violacée, la peau prend une teinte un peu terreuse ou jaunâtre, réflétant la souffrance des organes internes et surtout des viscères abdominaux; elle devient alors plutôt sèche, rugueuse et comme calleuse.

Les glandes sudoripares et sébacées peuvent subir diverses altérations; leurs produits renferment d'abondants dépôts de graisse. Une de leurs lésions les plus fréquentes est la production de l'acnée sébacea qui est loin d'être rare chez l'alcoolisé; on la rencontre surtout à la face et, jointe à la coloration violacée dûe à la stase sanguine, elle donne au facies de l'ivrogne un aspect souvent trop caractéristique. « D'abord apparaissent une série de rougeurs disséminées sur le nez et sur les joues, rougeurs qui s'animent et s'accompagnent de prurit après l'ingestion des spiritueux; peu à peu ces plaques rouges s'élargissent, et il se dessine à leur circonférence des arborisations constituées par la dilatation des veinules cutanées superficielles. A une période plus avancée, de petites pustules rouges, coniques, purulentes à leur sommet et entourées d'une vive auréole, se produisent sur la surface érythémateuse. D'abord discrètes, ces pustules se multiplient lentement; enfin, à son degré extrême, la couperose peut s'étendre sur le front, les joues, le menton et déterminer sur ces points des indurations tuberculeuses et des engorgements qui déforment les traits d'une façon repoussante. »

Diverses affections cutanées, parmi lesquelles la pellagre, ont été attribuées à l'alcoolisme chronique; des observations assez nombreuses ont été apportées à l'appui; mais la rareté excessive de ces manifestations épidermiques, dans des contrées où les abus alcooliques sont fréquents et répétés, doit inspirer des doutes sérieux sur la réalité de l'influence de l'alcool sur leur production.

L'alcoolisme chronique prédispose, en outre, à la gangrène de la peau et aux plaies par décubitus; les moindres blessures s'enflamment facilement, deviennent saignantes,

sanieuses, prennent un mauvais aspect et une mauvaise nature et finissent par s'éterniser. Rose a décrit un érysipèle de nature particulière, qu'il appelle érysipèle hémorragique et qui s'accompagne ordinairement de larges suppurations du tissu cellulaire sous-cutané.

On a encore signalé chez l'alcoolisé l'existence d'un état scorbutique plus ou moins spécial, que l'insuffisance de la nutrition et la détérioration de la constitution aident à rendre plus grave; toutefois, dans nos contrées au moins, le scorbut alcoolique est relativement très rare, et nous pensons que les mauvaises conditions hygiéniques et constitutionnelles qui accompagnent l'intoxication alcoolique contribuent peut-être plus à sa production que l'alcool lui-même.

L'alcool s'élimine en partie par la peau, et constitue ainsi un agent sudorifique; c'est à ce titre qu'on pourrait jusqu'à un certain point lui reconnaître une influence spéciale sur la production des diverses affections cutanées dont la fréquence est cependant relativement minime. Mais ce qu'il faudrait d'abord prouver, c'est que les éruptions cutanées apparaissent, toutes proportions gardées, beaucoup plus fréquemment chez les ivrognes que chez les gens sobres, et cette preuve n'a pas encore été faite. Il convient, en outre, de ne pas oublier que l'ivrogne est souvent excessivement négligent de soins de propreté; ce qui aide peut-être autant à la production des herpétides que l'alcool lui-même.

Quant à la tendance à la gangrène, aux érysipèles et à l'inflammation des plaies, elle n'est pas spéciale à l'alcoolisme et s'explique facilement par le mauvais état de la vitalité qui existe chez lui. Quiconque a fait le service d'un quartier de gâteux, où viennent échouer tous les déchets de l'humanité, sous forme de démence paralytique, de démence

apoplectique et autres, a pu se convaincre que cette tendance aux plaies sanieuses et de mauvaise nature, n'est pas exclusive à l'alcoolisé; là, où l'affaiblissement du système nerveux n'intervient pas, la gêne circulatoire produit le même effet.

A une période avancée de l'intoxication, le tégument extérieur devient œdémateux par suite de l'infiltration du tissu cellulaire sous-jacent. Cette hydropisie, souvent causée mécaniquement par des lésions circulatoires des différents viscères, dépend cependant tout aussi souvent de l'affaiblissement constitutionnel et de la viciation sanguine. Sans être généralisée, elle s'observe à plusieurs endroits à la fois, et surtout aux parties qui ont été soumises à une position déclive ou à celles dont le tissu est moins résistant, comme les paupières, les coudes, les chevilles.

Appareil de locomotion. — Comme le cœur, la plupart des muscles de l'organisme peuvent subir l'infiltration et la dégénérescence graisseuse. L'infiltration graisseuse, très fréquente à une certaine période, n'est que l'expression du processus général qui domine l'alcoolisme chronique; les muscles pâlissent, prennent une consistance plus molle et se chargent de graisse dans l'intervalle de leurs fibrilles. La dégénérescence graisseuse est beaucoup plus rare et moins généralisée; dans ce cas, la fibre perd sa striation et présente, à l'intérieur du myolemme, des granulations grisâtres et graisseuses; en passant par les états de décoloration et de métamorphose graisseuse, elle aboutit à l'atrophie qui réduit sa masse au quart de son volume antérieur et en modifie la nature.

Les symptômes varient avec la fonction des muscles lésés; dans les membres et le tronc, il se produit une faiblesse,

une lenteur et une difficulté dans les mouvements et dans la locomotion; dans le larynx, la stéatose aboutit à l'aphonie; au cœur, à la faiblesse des battements.

Système osseux. — Les os sont, comme les muscles, le siège du même processus adipeux; il s'y fait un dépôt de graisse aux dépens du tissu osseux lui-même; dans les os longs, le canal médullaire est agrandi, rempli de tissu graisseux; les parois amincies sont friables et cassantes; dans les os courts, les vacuoles osseuses sont élargies et également comblées par de la graisse.

Comme symptômes fonctionnels, l'on constate des douleurs, parfois violentes, dans la continuité des membres et dans la profondeur des os longs, une friabilité plus grande et une certaine prédisposition aux fractures avec difficulté de consolidation. Les douleurs, souvent semblables aux douleurs ostéocopes de la syphilis, en diffèrent en ce qu'elles n'offrent pas les paroxysmes réguliers de l'infection vénérienne et qu'elles siégent rarement à la tête.

Articulations. — Falck a décrit une artropathie propre à l'alcoolisme; plusieurs articulations sont généralement atteintes; elles présentent une tuméfaction légère, sans grande rougeur, souvent sans hydarthrose; douleurs profondes, lancinantes ou sourdes, souvent intermittentes. Cette manifestation alcoolique, du reste rare, nous semble encore bien hypothétique; c'est bien plutôt une simple coïncidence.

Nous allons maintenant aborder les désordres généraux de l'alcoolisme.

B. *Désordres généraux.* — En dehors des altérations produites par l'usage prolongé des spiritueux dans les divers organes de l'économie, l'alcool agit sur le processus de nutrition et amène des désordres généraux qui trouvent leur

détermination dans les altérations du sang, la polysarcie et la cachexie des buveurs.

Altérations du sang. — L'altération du liquide sanguin sous l'influence des alcooliques ne saurait être niée; mais la nature de cette altération est loin d'être suffisamment connue. Un point hors de doute, c'est que dans l'alcoolisme chronique la quantité d'eau est fortement augmentée, tandis que celle de la fibrine diminue proportionnellement. Quand on abandonne à lui-même le sang tiré de la veine d'un alcoolisé, il ne s'y dépose qu'un caillot fibrineux, excessivement mince, parfois presque inappréciable, tandis que le liquide aqueux constitue presque toute la masse. La fibrine elle-même semble modifiée dans sa qualité; c'est ainsi que, même dans les cas de phlegmasies viscérales, l'on ne rencontre aucun caillot fibrineux dans le cœur, et après la mort, le sang reste fluide. Les globules rouges paraissent assez sensiblement diminués : de 141 pour 1000, qui est leur proportion normale, ils tombent, suivant Bocker, à 122.

Lancereaux, de son côté, affirme avoir constaté une augmentation corrélative des globules blancs. En même temps, la quantité des matières solides éprouve un notable amoindrissement. Le sang normal défibriné renferme une moyenne de 121 pour 1000 de parties solides; chez les alcoolisés on n'en constate que 102 pour 1000.

Bouchardat, obéissant peut-être plus à des vues théoriques qu'à des expériences directes, a affirmé que le sang des alcoolisés était plus foncé, parfois noirâtre, ce qu'il attribuait à l'absence d'oxygène, celui-ci ayant été enlevé par l'alcool. Steinheim et Schulz ont fait la même remarque, et attribuent cette coloration à l'augmentation dans le sang

des matières hydrogénées et surtout carbonées et à la destruction des globules rouges. Bien qu'il soit difficile d'affirmer que la composition intime du liquide nourricier n'ait pas éprouvé dans l'alcoolisme chronique des modifications considérables, ces modifications ne sauraient être déduites d'un simple changement de couleur, d'autant plus que celui-ci n'est pas même réel, ou du moins, quand il existe, il tient plutôt à des désordres pulmonaires ou cardiaques qu'à des altérations alcooliques propres. Dans l'alcoolisme chronique où l'organisme humain tout entier est plus ou moins profondément atteint, il faut se garder d'imputer à l'alcool seul des modifications qui dépendent parfois uniquement des lésions qu'il a produites dans l'économie. C'est ainsi que les dérangements que l'on constate souvent dès le début dans les fonctions du foie doivent influer d'une manière défavorable sur l'hématopoïèse, bien que l'alcool n'ait par lui-même aucune action sur cette fonction.

Quoi qu'il en soit, il est une autre modification du sang qui est aujourd'hui parfaitement démontrée, c'est la piarrhémie ou présence de la graisse à l'état libre dans la masse sanguine. C'est à cette substance que le sang des alcoolisés doit sa couleur blanchâtre, opaline, presque laiteuse; la contenance en graisse dans le sang alcoolique monte, d'après Lecanu, jusqu'à 11 p. c., tandis que, à l'état normal, elle ne dépasserait guère une moyenne de 5 p. c. Cette modification du liquide nourricier se produit, du reste, très rapidement sous l'action d'une certaine dose d'alcool injecté dans les veines d'un animal.

Dumesnil et Pouchet ont démontré dans la constitution du sang certaines modifications organiques qui auraient,

toutefois, besoin d'un nouveau contrôle pour pouvoir être définitivement admises. C'est ainsi que des globules rouges auraient été trouvés rétractés et exprimant leur matière colorante dans le plasma ; d'autres fois ils seraient déformés, granuleux, se dépouillant de leur matière colorante sous forme de granulations noirâtres que l'on retrouve plus tard dans certains organes glandulaires.

Polysarcie des ivrognes. — L'infiltration graisseuse est un des troubles nutritifs les plus caractéristiques de l'alcoolisme, quoiqu'elle se produise encore dans d'autres conditions pathologiques et dans d'autres intoxications.

Il est bien entendu qu'il n'est pas ici question de la dégénérescence graisseuse qui entraîne une modification organique de l'élément, tandis que l'infiltration présuppose son intégrité.

Dans la stéatose, le dépôt adipeux se fait, ou bien par masses considérables, ou bien s'interpose entre les divers organes, entre leurs éléments constitutifs ou s'infiltre même dans l'intérieur de la fibre ou de la cellule, mais jamais il ne l'altère.

La paroi abdominale antérieure est l'une des régions où s'accumule de préférence le peloton graisseux ; aussi se fait-elle remarquer par la présence d'une couche adipeuse qui peut atteindre jusqu'à dix centimètres d'épaisseur ; le cœur, les reins, l'épiploon et le mésentère comme les intestins en contiennent des dépôts plus ou moins abondants suivant les sujets ; les muscles en renferment aussi, mais en moins grande quantité, et l'infiltration peut s'étendre aux os, aux articulations et au système vasculaire.

Sous l'influence de cet état adipeux généralisé, l'alcoolisé prend d'ordinaire un aspect particulier ; il revêt un embon-

point, mais un embonpoint factice ; les chairs sont flasques, pendantes ; le facies est bouffi ; le ventre prend une obésité gênante.

La polysarcie ainsi développée est cependant un fait assez rare surtout chez l'alcoolisé véritable ; on la rencontre plus fréquemment chez le buveur qui n'a pas encore dépassé les limites de la santé. Elle semble dépendre moins de la constitution individuelle du malade que de la nature de ses excès et des boissons ingérées ; la vie sédentaire, les occupations faciles la rendent mieux appréciable ; elle apparaît surtout chez les buveurs de bière et persiste longtemps ; le vin la produit déjà à un degré beaucoup moindre, et les diverses boissons purement alcooliques, sans l'exclure, ne la développent cependant pas à un degré bien marqué.

La polysarcie ne caractérise, en général, que la première période de l'alcoolisme chronique ; elle existe déjà chez le buveur alors même qu'il n'y a pas encore moyen de constater de symptôme d'alcoolisme proprement dit et ne constitue pas dans ce cas et à vraiment parler, de manifestation pathologique. Elle est, en général, plus ou moins exclusive de troubles viscéraux profonds, car dès que ceux-ci apparaissent, le tissu adipeux se résorbe graduellement, et à l'embonpoint factice fait bientôt place un amaigrissement général qui ne s'étend cependant qu'en tout dernier lieu aux parois abdominales, dont le volume contraste souvent avec la maigreur du reste du corps. C'est alors souvent que l'infiltration graisseuse cède le pas à la dégénérescence graisseuse et que l'atrophie s'empare de la plupart des tissus.

La cause de la polysarcie des alcoolisés a été diversement

interprétée. Pendant toute l'époque où la théorie chimique était exclusivement admise dans la science, les éléments graisseux étaient considérés comme provenant d'une décomposition ou d'un dédoublement de l'alcool lui-même, par suite de l'insuffisance des procédés d'oxydation ou d'un surcroît de matières hydrocarbonées; explication d'autant plus plausible que Dumas avait démontré que les acides gras pouvaient se produire par dérivation de l'alcool. Mais cette explication ne manqua pas de rencontrer de nombreux contradicteurs, et l'on n'attribua plus à l'alcool qu'une influence toute indirecte sur la production de la stéatose : une grande partie de l'oxygène était absorbée au profit de l'alcool et devenait, dès lors, insuffisante à brûler les matériaux de la nutrition qui, subissant la transformation graisseuse, formaient les dépôts adipeux dont se surchargeaient les organes.

Quoi qu'il en soit de ces explications, il est plus que probable que l'infiltration graisseuse tient à une modification du processus nutritif que l'alcool ralentit, comme il a été démontré dans la partie physiologique de ce travail. Quant à la nature même de cette modification nutritive, il est prudent de ne pas tenter d'explication, celle que l'on pourrait émettre n'ayant aucun argument sérieux pour l'étayer.

Cachexie alcoolique. — Se fondant sur l'ensemble des altérations de l'élément sanguin, Dumesnil et Pouchet ont cru pouvoir établir un état pathologique survenant assez rapidement et l'ont décoré du nom d'anémie aiguë des buveurs. Cet état, caractérisé par la pâleur de la peau, de l'essoufflement, des palpitations, est assez difficile à retrouver chez l'alcoolisé, et son existence n'a, du reste, pas été confirmée par les recherches ultérieures. Ce qui est plus

évident, c'est la cachexie alcoolique, c'est-à-dire cet ensemble de désordres nutritifs occasionnés, d'un côté par l'alcool lui-même dans les processus organiques, de l'autre par les altérations plus ou moins variées que produisent sur ces mêmes processus, les diverses localisations alcooliques dans les viscères de l'économie. Il ressort de ces données que la cachexie alcoolique est le produit de manifestations complexes que nous allons essayer d'analyser.

L'intégrité de la nutrition générale se trouve évidemment lésée, et souvent primordialement lésée. Il serait peut-être difficile de déterminer l'essence même de cette lésion, de la définir, d'en analyser les divers éléments; mais ce qu'il est facile de constater, ce sont ses résultats, et ces résultats s'observent souvent même chez les alcoolisés dont les divers désordres viscéraux sont encore insuffisants à expliquer la production de la dyscrasie.

C'est d'abord un affaiblissement constitutionnel et fonctionnel, une diminution de la résistance de l'individu aux diverses influences morbifiques; c'est ensuite un état d'adynamie qui se produit à la moindre occasion, sans cause suffisante et par le simple effet du mauvais fonds sur lequel germe la maladie. Les alcoolisés sont de mauvais malades; ils supportent également mal la maladie et le traitement, et tombent avec une facilité extrême dans un état alarmant d'adynamie et de prostration à propos d'affections qui ne comportent absolument pas de si graves complications. La réaction salutaire ne s'accomplit pas, ou ne s'accomplit qu'avec peine; la vitalité des tissus est profondément altérée. Les convalescences sont lentes, difficiles, parfois incomplètes; les fonctions de nutrition semblent anéanties et un état de consomption lente finit par entraîner le malade à la

mort. La plupart de leurs affections prennent le caractère asthénique; loin de se limiter par l'effusion plastique, elles s'étendent au loin dans les tissus; elles ne supportent pas la saignée. C'est même là un des caractères particuliers de cette cachexie alcoolique, que la moindre émission sanguine chez celui qui en est atteint, le jette dans un état d'affaissement et de prostration extrême. Ce n'est pas seulement chez les alcoolisés à la dernière période que se rencontre cet état, mais encore chez l'alcoolisé au début de sa cachexie, alors que la plupart des organes ne présentent encore que peu de désordres, ce qui prouve une saturation alcoolique lente, qui s'établit insidieusement et manifeste déjà ses effets alors qu'elle ne se décèle encore par aucune lésion organique évidente. Ce n'est pas de cette usure finale, de ce marasme ultime qui est l'aboutissant de la plupart des lésions alcooliques, que nous parlons ici ; la dyscrasie véritable est bien plus spéciale, plus intime et surtout plus précoce.

Il est vrai que celle-ci a été niée, et que l'on a prétendu qu'il n'existait pas de cachexie indépendante des diverses lésions viscérales qu'entraîne l'alcoolisme. Telle n'est pas l'opinion dominante aujourd'hui, et s'il est vrai que la cachexie constitutionnelle est toujours fortement aggravée par les divers désordres surtout digestifs et hépatiques, il est presque certain que la vitalité de l'alcoolisé est dès le début sensiblement atteinte. C'est dans la vitalité cellulaire, c'est dans la vie organique elle-même que réside le processus, et il est fortement aggravé par l'affaiblissement de l'influx nerveux qui n'apporte plus aux organes la stimulation nécessaire à leur fonctionnement normal. Cette influence nerveuse a été trop négligée jusqu'à ce jour où les

désordres circulatoires ont presque seuls attiré l'attention; l'alcool atteint l'élément nerveux en même temps que l'élément circulatoire, et c'est l'affaiblissement de l'énergie nerveuse, tant sur la vie de relation que sur la vie organique qui paraît constituer le fond de la véritable cachexie alcoolique.

Quoi qu'il en soit, l'affaiblissement de la vitalité organique ne reste pas longtemps isolé : bientôt les divers désordres, principalement ceux de la digestion, de l'hématopoïèse et de la circulation sanguine, viennent y joindre leurs effets désastreux pour affaiblir et user la constitution tout entière; les aliments incomplètement ou insuffisamment digérés ne fournissent plus au sang les éléments réparateurs; le sang, incomplètement régénéré dans la trame hépatique et incomplètement vivifié dans le lacis pulmonaire, ne livre plus aux organes les matériaux convenables à leur nutrition. C'est alors que l'on voit la peau devenir terreuse, blafarde; la graisse du tissu cellulaire disparaît; les téguments s'affaissent, deviennent molasses, comme œdémateux; c'est alors que surviennent les diarrhées et les hémorragies sous toutes leurs formes, les hypostases, les infiltrations œdémateuses des divers organes, et tous ces désordres, réagissant les uns sur les autres, finissent par amener cette usure, ce délabrement de la santé qui caractérise la cachexie alcoolique à son dernier degré.

En résumé, la cachexie alcoolique comprend deux éléments et deux périodes : un premier stade que l'on pourrait appeler nerveux et où l'innervation et la vie cellulaire sont surtout lésées; le mot de constitution alcoolique désignerait peut-être mieux cet état primitif; un deuxième stade où tous les systèmes et tous les organes souffrent et où la véritable cachexie apparaît.

Influence de l'alcoolisme sur le cours des maladies intercurrentes. — C'est à propos de la cachexie alcoolique qu'il convient de rappeler l'influence de l'intoxication chronique sur la marche et le pronostic des diverses maladies qui peuvent éclater pendant son cours. Comme fait, cette influence funeste est indéniable, mais sa nature n'est pas encore suffisamment déterminée, ou plutôt ses causes sont variables, et chacun des éléments de l'alcoolisme y intervient tour à tour et d'une façon plus ou moins énergique, suivant la nature des organes atteints.

L'on peut affirmer d'une manière générale que l'alcoolisé offre beaucoup moins de force de résistance aux diverses agressions dont il se trouve l'objet de la part des causes morbifiques auxquelles il peut être exposé. Il est d'observation qu'en temps d'épidémie, ce sont les ivrognes qui payent les premiers leur tribut aux maladies régnantes. Du reste, le buveur contracte d'ordinaire plus facilement toute autre maladie, surtout les affections des voies respiratoires, les érysipèles, les maladies infectieuses.

En général, les maladies qui se développent sur le fonds détérioré de sa constitution, affectent des caractères nouveaux et prennent un degré de gravité parfois exceptionnel ; elles se compliquent volontiers d'accidents nerveux : c'est ainsi que chez les sujets adonnés à la boisson, les plus simples indispositions suffisent à provoquer du délire, et celui-ci devient parfois grave et dangereux par lui-même dans les affections plus sérieuses. Les malades buveurs ont de même une tendance singulière à la prostration et à l'adynamie; ce sont de mauvais malades, qui supportent aussi mal le traitement que la maladie elle-même. « L'habitude extérieure des ivrognes malades trahit une grande faiblesse;

leur pouls devient petit et dépressible; ils n'ont pas de sommeil et quand ils peuvent dormir, ils sont tourmentés par des rêvasseries continuelles. D'autres fois, au contraire, ils sont plongés dans une somnolence dont on ne les tire qu'avec peine; leur langue, naturelle ou à peine saburrale dans quelques cas, est d'autres fois brunâtre, sèche, encroûtée, quelquefois fendillée et sanguinolente; l'intelligence faiblit, et il semble que les sensations s'éteignent; les mouvements sont lents et difficiles; la sueur est froide; les excrétions souvent involontaires; la réaction salutaire ne s'accomplit pas; la vitalité des tissus est profondément altérée et des gangrènes se déclarent souvent dans les parties soumises à quelque compression; finalement, le malade meurt dans le collapsus le plus complet. » « D'autres fois, la maladie parcourt tant bien que mal ses phases successives; puis arrivée à la période terminale, elle semble s'enrayer, elle languit et la convalescence ne s'établit pas. Au lieu de se relever, l'appétit reste nul ou est remplacé par un véritable dégoût des aliments; les fonctions de nutrition semblent anéanties; du météorisme se produit, de la diarrhée se déclare et un état progressif de consomption entraîne lentement le malade au tombeau. »

Et ce n'est pas seulement chez les alcoolisés véritables que se présente cette constitution particulière, cette diminution de la résistance vitale, on la retrouve même chez le buveur chez lequel la saturation alcoolique latente ne se révèle qu'à propos d'un trouble pathologique intercurrent. Il est à peine besoin de dire ici que le pronostic des nombreuses affections qui peuvent venir compliquer l'alcoolisme se trouve notablement aggravé par cette espèce de déchéance physique qui caractérise la constitution alcoolique.

Les lésions traumatiques qui sont peut-être plus fréquentes chez celui qui s'adonne à la boisson, en raison des accidents auxquels il est plus facilement exposé, trouvent un fonds tout aussi défavorable ; c'est ainsi que, malgré des forces physiques en apparence florissantes, les moindres blessures deviennent le point de départ d'accidents graves que rien ne peut entraver, lymphangites, phlegmons diffus, superficiels ou profonds, érysipèles de mauvaise nature, sphacèles envahissant, hémorragies consécutives, le tout accompagné de fièvre intense, de septicémie rapide, de délire furieux ; puis à l'intérieur, des congestions et des phlegmasies viscérales à marche foudroyante. Peronne signale la facilité avec laquelle s'élabore le pus chez les ivrognes ainsi que la rapidité avec laquelle apparaît la gangrène ; Gosselin remarque la fréquence de l'ostéite. Carpenter avait déjà appelé sur ces dispositions défavorables l'attention du chirurgien ; chez ces malheureux, la plus petite égratignure, la meurtrissure la plus légère est souvent suivie d'un érysipèle mortel. Quand les viscères s'enflamment dans ces conditions, ils s'infiltrent rapidement de pus ou se gangrènent. Aussi, et c'est une conclusion qui est généralement admise aujourd'hui, le chirurgien hésite-t-il à pratiquer sur ces individus des opérations de quelque importance, sachant bien qu'elles ont peu de chances de succès.

On ne saurait méconnaître l'exactitude de ces considérations, mais elles ne nous semblent pas absolument propres à l'alcoolisme ; tous les malades qui souffrent d'affection où le système nerveux a éprouvé une dépression excessive, se présentent dans des conditions tout aussi déplorables au point de vue de la résistance vitale. C'est ce qui

nous a fait supposer que la diminution de l'influence nerveuse devait être une des causes principales de la déchéance vitale de l'alcoolisé.

2. ALCOOLISME CHRONIQUE CÉRÉBRO-SPINAL.

A. *Alcoolisme cérébral.* — L'alcool exerce sur l'ensemble du système nerveux, une influence variée et profonde, et cette action est d'ordinaire tellement prédominante que c'est elle qui imprime à l'intoxication alcoolique ce cachet spécial, cette allure particulière qui, sans offrir des phénomènes absolument spéciaux, lui donne cependant une certaine individualité et la fait reconnaître avec facilité entre tous les autres complexus symptomatologiques.

Deux éléments principaux interviennent dans la constitution de cette entité alcoolique : d'abord le fonds morbide qui, pour ainsi dire, en constitue l'essence, ensuite la marche des différents phénomènes, c'est-à-dire le processus de la maladie.

Le fonds morbide offre un cachet spécial qui est d'ordinaire le même dans toutes les formes et quelles que soient les manifestations qui viennent les compliquer. C'est lui qui constitue à proprement parler, l'alcoolisme chronique; ses modalités sont peut-être variables, quelquefois seulement appréciables à l'œil le plus exercé, d'autres fois se manifestant par les phénomènes les plus accusés, mais, en somme, conservant toujours le même type : c'est l'affaissement, l'usure, la démence; on les retrouve sous toutes les modalités de l'alcoolisme chronique.

Le processus morbide, plus variable peut-être dans sa manière d'être, réside surtout dans cette tendance qu'a l'alcoolisme d'envahir successivement les divers tissus de

l'organe cérébral, une fois qu'il y a porté ses premières atteintes, et de constituer ainsi progressivement des formes plus graves à mesure que son action se prolonge. Cette évolution, qui parfois s'étend sur un long espace de temps, fait passer l'alcoolisme cérébral chronique par diverses phases progressives qui constituent autant de formes particulières, et dont nous essaierons de donner plus tard la description en détail.

La première forme, forme type et qui constitue le fonds même de l'alcoolisme cérébral, sera désignée sous le nom de dégénérescence morale alcoolique; le mot de démence nous paraît peu approprié, parce que l'affaiblissement intellectuel est souvent le symptôme le moins apparent et celui qui fait le plus longtemps défaut; le mot d'abrutissement moral serait peut-être plus approprié, s'il était plus scientifique. Cette forme caractérise d'ordinaire les premières périodes de l'alcoolisme et peut, chez certaines natures privilégiées, ne jamais dépasser cette limite; elle est alors une forme presque autonome, et persiste avec aggravation progressive, durant le reste de la vie.

Plus souvent elle ne tarde pas à être suivie de la seconde forme, l'alcoolisme hallucinatoire, dans laquelle on voit apparaître sur le fonds de la première, un état de trouble émotionnel et sensoriel des mieux caractérisés.

La troisième forme est la démence alcoolique simple; c'est l'affaiblissement réel, l'usure des facultés intellectuelles surtout et morales; on la rencontre fréquemment à l'état de simplicité et elle peut persister durant toute l'existence de l'alcoolisé sans se compliquer d'autres manifestations morbides. Plus souvent cependant, elle n'est que passagère et aboutit rapidement à la dernière forme, la démence

alcoolique avec paralysie ou paralysie alcoolique, qu'il ne faut pas prendre, principalement au début, pour la folie paralytique véritable, quoiqu'elle finisse presque toujours par se confondre avec elle.

Ainsi se trouvent constituées trois formes d'alcoolisme cérébro-spinal chronique, d'ordinaire progressives, qui peuvent cependant exister à l'état d'isolement, mais qui le plus souvent se transforment, successivement et après une durée variable, l'une dans l'autre pour aboutir définitivement et avec la continuation des excès, au marasme paralytique; mais chacune d'elles peut aussi, avec la cessation des excès, s'arrêter dans sa marche et même disparaître complètement pour faire place au retour à la santé.

Avant d'aborder la description des formes ainsi déterminées, il nous paraît nécessaire de décrire en détail chacun des symptômes dont l'ensemble constitue l'intoxication cérébrale chronique, d'en rechercher les caractères et d'en étudier la nature. Ces différents désordres seront examinés successivement dans :

1° Les facultés morales et affectives;

2° Les facultés intellectuelles;

3° La volonté;

4° La sensibilité générale;

5° La motilité;

après quoi seront décrites les différentes formes qu'ils constituent.

Facultés morales et affectives. — Elles comprennent les sentiments moraux, les sentiments affectifs et la sensibilité morale; ce sont elles qui subissent les premières atteintes de l'alcoolisme chronique, et alors que le fonctionnement intellectuel est encore presque intact, que l'alcoolisé sait

encore mettre toute son intelligence à la disposition de ses efforts intentionnels, le moral est déjà profondément atteint; mais le malade, car il y a déjà alors maladie, sait encore maîtriser ses impulsions, et les modifications qu'a subies son être moral n'éclatent pas toujours au dehors; les scènes de famille souvent cachées en révèlent seules l'existence, et la perversion morale n'arrive au grand jour que quand l'affection progressant, le malade a perdu toute possibilité de se contenir.

C'est dans la sphère morale que s'observent les premiers symptômes de l'alcoolisme : les idées de moralité se pervertissent et s'affaiblissent; l'honneur et la dignité, la réputation et les convenances ne sont plus que de vains mots; l'homme qui jadis était poli, maniéré, strict observateur de l'étiquette, soigneux de sa personne, devient négligent, impoli, malpropre, oublieux des convenances, parfois même impertinent et grossier; celui que le beau et le bien enthousiasmait, reste insensible devant les plus belles productions de l'art; il passera indifférent devant ce qui jadis lui remuait le cœur. Insensible aux sentiments supérieurs de l'honneur et de l'émulation, il se complaira dans les occupations, autrefois jugées indignes de lui; sa réputation de même que celle de sa famille lui deviendront indifférentes, et lui qui, autrefois, prisait haut la voix de l'opinion publique, en arrive aujourd'hui à la braver cyniquement. Aucun noble sentiment ne parvient plus à l'ébranler; il perd peu à peu la notion du devoir, de la justice, de l'honneur, et s'il est encore capable d'en saisir les enseignements, il n'est plus à même d'en faire les applications; il comprendra encore, parce que l'on comprend par l'intelligence, mais il ne sentira plus, parce

qu'on sent par le cœur, et que c'est le cœur qui le premier s'abrutit dans l'alcoolisme; le malheureux commence par devenir une brute morale avant de devenir une brute intellectuelle.

Le développement de cet abrutissement est en général lent et progressif, et il varie évidemment suivant le degré de culture antérieure du malade; l'affaiblissement de la moralité et du sentiment esthétique, aidé de l'exaltation des passions auxquelles manque un de leurs freins les plus puissants, est une des principales causes des actes violents et immoraux commis pendant cette période de l'alcoolisme, période trop souvent méconnue parce qu'elle ne s'annonce par aucune autre perversion et que le domaine intellectuel se conserve pour ainsi dire encore intact.

Cette absence de toute idée de moralité, absence qui peut aller jusqu'à la dégradation la plus complète, ne nous est nulle part mieux apparue que dans la lettre suivante, adressée par un alcoolisé à un de ses camarades avec lequel il se livrait à la sodomie; l'association de l'idée la plus pure de l'amour maternel, encore très développé chez lui, de l'idée religieuse et de la divinité, aux passions les plus abjectes et les plus dégoûtantes, donne une idée de l'aberration morale où peut arriver l'alcoolisé : « fais ton possible pour que ton mal d'yeux dure jusqu'au 10, car je suis plus sûr encore aujourd'hui que jamais que ce jour là je sortirai ; que là, commencera pour nous deux cette bonne et douce vie d'amour, cette existence que j'ai si bien réglée d'avance, afin que le bien aimé de mon cœur, soit heureux avec moi et afin qu'il m'aime toujours. Tu verras, chéri, que je ne suis pas un menteur, ni un trompeur, et que je te rendrai la vie aussi douce et aussi bonne que je pourrai, en pensant

d'abord à ton bien-être et ensuite en te caressant le plus souvent. Combien je soupire, mon ami, après les nuits que nous allons passer ensemble, côte à côte; là, au moins, nous pourrons échanger nos baisers et nos caresses sans crainte; là, nous pourrons nous montrer à tous deux notre amour réciproque. Oui, mignon, tu verras comme je serai pour toi, d'abord bon et aimable comme une femme qui aime son mari chéri et bien aimé, et pour les autres, gai, spirituel et charmant. Mignon, c'est la fête de ma mère le 20 de ce mois; nous lui ferons une surprise, n'est-ce pas chéri? car bientôt elle sera ta mère à ton tour; elle te regardera comme un enfant longtemps absent et qui revient au foyer paternel. Puis tu verras, comme mes tantes, bonne maman, seront gentilles pour toi. En un mot, si tu ne te trouves pas heureux par l'affection que nous aurons pour toi, par le bien être dont je t'entourerai, tu y mettras de la mauvaise volonté. » L'alcoolisé a un jour une frayeur terrible, que son ange chéri ne vienne à partir de l'asile; rassuré à cet égard, il lui écrit : « enfin ce n'est qu'une fausse alerte, je remercie Dieu et la Sainte-vierge, car je les prie tous les deux fort souvent, pour toi d'abord et pour moi ensuite. »

Et le jour où tout est découvert, où l'objet de son amour dénaturé est ignominieusement chassé, il éprouve un si profond chagrin, un si vif désespoir qu'il tient des propos à faire craindre de sa part un suicide et à nécessiter l'emploi de la camisole. Il a affirmé souvent que sans ce moyen de contention, il se serait certainement tué (1).

Tardieu donne, dans son étude médico-légale, une idée

(1) BULARD. *Alcoolisme. Rapport médico-légal,* in *Annales médico-psychologiques*, septembre 1872.

toute aussi saisissante de cette obtusion morale, alors même que les malheureux qui en sont atteints, ont encore conservé une certaine lucidité intellectuelle. « Un individu de 25 à 30 ans, ayant reçu une certaine éducation et ayant été successivement étudiant en médecine, clerc d'avoué et étudiant en pharmacie, fut enfermé deux fois, d'abord à Charenton, puis dans un asile de province pour atteintes de delirium tremens. Remis en liberté, il continua de plus belle ses excès alcooliques. Se promenant un jour sans but dans les environs de Paris, il rencontra un garde champêtre qui lui parut sans doute l'observer avec malveillance, se jeta sur lui et le frappa de cinq à six coups de couteau. Enfermé de nouveau, et cette fois sous le coup d'une accusation des plus graves, qui devait tout au moins briser son avenir, il écrit à sa mère pour l'informer de son incarcération et la prier de lui envoyer un pot de pommade, un poulet, du vin et de ne pas l'embêter de ses conseils; il est en prison et il y restera. Conduit devant le juge d'instruction, il se lève dès le début de son interrogatoire en disant : j'en ai assez comme cela; je considère cet interrogatoire comme inutile, je ne veux plus rien dire; je l'ai dit au commissaire de police. Le lendemain, il écrit au chef du Parquet une longue lettre, dont le ton et le style sont caractéristiques « je rappellerai, y dit-il, que mon insouciance et ma gaieté furent pris pour du cynisme; si j'ai perdu mon âme dans les accidents d'une jeunesse orageuse, j'ai gardé ma bonne dose de cet esprit français, qui sait se soustraire à tous les embarras de la vie; j'ajouterai que fatigué de la pharmacie, je suis maintenant occupé à me chercher un autre état; j'ai jeté les yeux sur la photographie où je réussis assez bien comme amateur. Cela a constitué dans ma vie, une sorte de crise qui

n'est peut être pas sans influence sur ce qui est arrivé (1).

Dans une classe plus inférieure, l'on rencontre des actes du genre de ceux-ci : « le patient est dès sa jeunesse un buveur intrépide; déjà en 1871, alors qu'il épousa une femme de mauvaise réputation, il offrait déjà un affaiblissement moral et intellectuel. Dans ces dernières années, ses excès devinrent plus nombreux et plus abondants; dès lors les forces physiques et intellectuelles déclinèrent rapidement; la moralité s'obscurcit chaque jour davantage; le patient tint les propos les plus déplorables : il appelait sa femme putain, en présence d'une nombreuse assistance; lui passait la main sous les jupons et engageait publiquement ses camarades à s'en servir, sous prétexte que sa propre impuissance sexuelle l'en empêchait (2). »

L'exemple suivant est encore caractéristique de cet affaiblissement de la moralité. « Il raconte ensuite, sans qu'il puisse donner la date exacte, le fait pour lequel il a été mis en prison; son père l'ayant injurié, il l'a frappé, non pas avec son boucard, mais avec le poing; lorsque nous lui avons manifesté notre étonnement de voir le fils ainsi frapper son père et que nous cherchons à lui faire comprendre la gravité de sa faute et la peine à laquelle il peut être condamné, il ne se montre nullement ému et répond invariablement avec un calme parfait : il n'avait qu'à ne pas m'injurier, je ne lui aurais rien fait; absolument comme s'il trouvait tout naturel l'acte de violence auquel il s'est livré sur son père. Toutes ses réponses, du reste, sont faites avec une grande indifférence, sans qu'il paraisse se douter de la gravité de sa situation. Tout en répondant, il se frotte

(1) Art., Démence alcoolique, in *Dictionnaire encyclop. des sc. méd.*
(2) Krafft-Ebing, *Lehrbuch der Psychiatrie*, observation 139.

la tête, élève les bras, baille. Dans ces derniers temps, il écrit une lettre à son père, et sans même faire allusion au malheur qui lui est arrivé, il lui demande de l'argent pour acheter du vin et du cidre (1). »

Nous ne saurions assez insister sur cette démence de la moralité, en opposition avec la démence de l'intelligence, parce que cette dernière a été presque exclusivement étudiée et appréciée aux dépens de la première. Cependant l'affaissement de la moralité a une importance majeure au point de vue médico-légal ; jusqu'ici ce n'est qu'avec une peine excessive qu'elle est parvenue à pénétrer dans le domaine public, bien que journellement le public en ait sous les yeux de tristes et affligeants exemples.

Quand on voit les fils de famille qui, jusqu'à une certaine période de leur vie, entourés de tout le prestige d'une illustre naissance, d'une intelligence brillante et d'une éducation soignée, s'adonnent un jour aux excès de boissons et descendent, de chute en chute, jusqu'à fréquenter les mauvais lieux et à boire attablés avec les portefaix et les cochers dans les cabarets du plus bas étage, et se livrer à l'escroquerie et au vol même pour satisfaire leur vile passion; quand on voit ces malheureux comprendre et regretter par les facultés de l'intelligence la triste fatalité qui les poursuit et qu'ils ne savent plus regretter par les facultés du cœur, peut-on encore douter de l'existence de cette démence de la moralité qui ne leur permet plus de sentir l'abjection de leur existence tout en la comprenant.

En faut-il encore d'autres exemples? La vie journalière ne nous en fournit que trop. Ce mari alcoolisé qui aban-

(1) Brulé et Lafitte. *Rapport médico-légal* in *Annales medico-psychologiques*, juillet 1878.

donne chez lui une femme respectée et des enfants chéris, et qui va courir les cabarets et les maisons de prostitution, au vu et au su de tout le monde : abaissement de la moralité ! il ne sent plus son abjection ! Cet autre qui, ayant des antécédents irréprochables et un nom honoré, se livre en public à des attentats à la pudeur : abaissement du sentiment de la moralité ! Et toujours ainsi.

Une grande partie des actes blâmables commis par les alcoolisés, à cette période de leur maladie, sont empreints de cet affaiblissement du sens moral où presque tous prennent leur origine. Les passions se développent librement parce que le frein qui les arrêtait a disparu, et que le modérateur des mouvements de l'âme n'a plus de puissance sur la volonté humaine. Ce n'est pas encore tout à fait le développement de la folie morale; ce n'est pas encore l'absence de l'idée de la moralité; c'est l'absence du sentiment de la moralité. Celle-ci ouvre la marche; celle-là ne se rencontre en général que plus tard; au début, l'alcoolisé se borne à ne pouvoir sentir lui-même l'immoralité de ses actes et de sa conduite; du jour où il ne pourra plus la comprendre, se développera la démence alcoolique véritable qui constitue un degré plus avancé de l'intoxication alcoolique.

Sentiments affectifs. — Les sentiments affectifs ont leur part de modification morbide dans le grand ensemble pathologique qui s'appelle alcoolisme. L'indifférence, l'affaissement en constitue, en général, le caractère dominant; les sentiments nobles s'éteignent; le sentiment de famille s'affaiblit et disparaît; l'alcoolisé n'a plus soucis de sa famille et songe à peine encore à sa femme et à ses enfants; pourvu qu'il ait à boire, que lui importe ceux qui lui étaient chers

autrefois. Heureux encore s'il ne les prend pas en haine, et s'il n'assouvit pas sur eux la mauvaise humeur qui le poursuit. Il est des alcoolisés chez lesquels naissent des sentiments pervers et chez qui les passions atteignent un développement maladif; mais ce n'est guère la généralité. Les perversions affectives ne sont, en général, chez eux, que des troubles transitoires et factices de leur irritabilité et de leur émotivité; elles se produisent par saccades, sous l'influence de nouvelles excitations alcooliques ou autres, de contrariétés, d'émotions morales. La haine, l'aversion, la vengeance ne sont guère le propre de l'alcoolisé, en tant au moins que sentiments nés de sa maladie; ce sont là des sentiments actifs, et la passivité, l'extinction sentimentale et affective dominent chez lui. Ses actes sont plutôt instinctifs que prémédités, et quand il se livre à des violences contre ceux qui devraient lui être chers, c'est d'ordinaire dans des moments d'excitation ou à la suite de dispositions morales négatives, bien entendu là où n'interviennent pas d'autres mobiles maladifs, tels que angoisses, frayeurs, hallucinations.

Aussi la perversion des sentiments et des penchants est-elle chose assez rare dans l'alcoolisme chronique où l'on ne rencontre guère la haine, la vengeance. Si l'alcoolisé devient souvent brutal, grossier, inhumain et féroce; s'il est sourd à tout bon sentiment, c'est bien plutôt pendant ses périodes d'excitation que l'on remarque ces changements de caractère, que pendant la période chronique de l'empoisonnement. L'ivrogne a d'ordinaire la boisson plus mauvaise à mesure que l'intoxication fait des progrès; mais ces mouvements passionnels sont plutôt des épiphénomènes passagers qui ne constituent pas le fonds de l'alcoolisme lui-

même; dans celui-ci prédomine d'ordinaire l'affaissement, l'insensibilité, l'indifférence dans les sentiments moraux comme dans les sentiments affectifs. A mesure, du reste, que l'intoxication fait des progrès et que la démence intellectuelle se prononce, ils s'affaiblissent chaque jour davantage et finissent par s'éteindre complètement.

Sensibilité morale. — Émotivité. — L'émotivité est, de toutes les dispositions morales, celle qui subit avec le plus de fréquence et de précocité les atteintes de l'alcoolisme; elles surviennent généralement en même temps que celles du sens moral et esthétique, et donnent lieu a un ensemble de phénomènes des mieux caractérisés. Plus d'une disposition morale, plus d'un sentiment manifesté par l'alcoolisé, plus d'un acte posé par lui, trouveront leur origine et leur explication dans cette faculté, encore vague et obscure, de l'être humain. La lésion débute par une irritabilité à forme excessive, sans but comme sans motif. Puis viennent les dispositions morbides vicieuses, dispositions que les Allemands ont si bien désignées sous le nom de *Verstimmungen*, et que la langue française n'a pas de mot propre pour bien spécifier. Cette émotivité pervertie peut donner lieu aux sentiments les plus variés, à la conduite la plus déraisonnable, aux actes les plus violents. Cet état est surtout caractérisé, le matin au lever, et au sortir d'un sommeil difficile et incomplet. C'est alors que l'alcoolisé est tantôt sombre, taciturne, préoccupé, défiant, tantôt assiégé d'idées fixes qui le tourmentent et l'irritent, tantôt poursuivi de craintes et de préoccupations qui l'agacent. On le voit alors difficile, maussade, irritable, querelleur, disposé aux observations désagréables, se mettant dans de violentes colères pour les motifs les plus futiles; injuste envers les siens,

mécontent de lui-même et des autres, il se livre à des exaltations de colère et de fureur, à des emportements terribles. Tel est l'alcoolisé dépeint dans l'observation médico-légale suivante : « Alors qu'il était entouré des soins les plus prévenants et les plus affectueux de la part de sa famille, il s'emportait contre ces mêmes personnes, les qualifiant de gredins, de canailles et d'autres injures; c'étaient comme des lubies qui lui passaient par la tête; c'étaient des emportements de colère que je ne m'expliquais pas vis-à-vis des membres de sa famille.... Il était d'une contrariété insupportable, s'en prenait à sa famille, à ses chiens, à ses voisins; il jouait de l'accordéon pendant des jours et des nuits. Une fois il jouait dans un cor de chasse de manière à ennuyer tout le voisinage; d'autres fois nous nous relevions au bruit qu'il faisait chez lui, de manière à faire croire au feu; une autre fois il arrachait des orties sur le cimetière, par une pluie battante; une autre fois, chez moi, il singeait tous mes gestes, faisait du bruit avec le volet ou avec un maillet et se vantait de faire plus d'ouvrage que moi; un jour encore il jeta sa casquette à terre chez moi, et aussitôt il me demanda où était sa casquette; je la lui montrai; il voulut me la faire ramasser et y employa des menaces; je consentis à la reprendre et à la lui remettre à cause de mon désir de le calmer; il n'eut pas plutôt sa coiffure entre les mains qu'il m'en porta un coup dans le visage, de manière à me contusionner la figure... Il était agité, gesticulait, se fâchait contre tout le monde dans la maison, donnait, la nuit, des coups de pied à sa femme et la bousculait au point qu'il avait un tremblement nerveux par suite de sa colère (1).

(1) Dauby. Affaire Haquin. Homicide volontaire (in *Annales médico-psychologiques*, janvier 1875.)

C'est dans de telles conditions que le caractère se modifie complètement. L'alcoolisé devenu brutal, grossier, inhumain, se livre à des actes de violence contre les autres, à des sévices contre sa famille, sans aucune apparence de motifs; la moindre opposition l'irrite et produit une réaction extraordinaire; l'impulsion devient dominante; les actes sont plutôt instinctifs que raisonnés; c'est la première émotion qui les détermine. Tantôt en proie à une exaltation violente, l'alcoolisé assouvit contre les siens ou même sur les objets inanimés, la sourde colère qui le mine; tantôt livré à un sombre désespoir, à un ennui et à un dégoût profond de la vie, il se laisse aller aux idées les plus noires, aux sentiments les plus décourageants et finalement au suicide.

Ces deux situations morales ont une importance extrême; elles sont l'origine de beaucoup d'actes de violence sur lesquels le médecin légiste est appelé à se prononcer, et dont il est parfois difficile de déterminer exactement la nature.

Les états fondamentaux qui président à cette situation mentale ne sont pas toujours aisés à découvrir et à apprécier. Si le plus souvent ils dépendent de cet état émotionnel de nature mélancolique, et qui consiste dans des sentiments peu en harmonie dans de l'anxiété, dans la douleur et l'angoisse morale, parfois aussi ils consistent dans un sentiment de mécontentement et d'amertume plus ou moins persistant et que la moindre occasion provoque, dans un sentiment de négation constante vis-à-vis du monde extérieur, dont les impressions sont plus ou moins désagréables, et dans une réaction incessante de la volonté, dans le sens de la colère et de l'hostilité.

La plupart des actes commis pendant cette période de l'alcoolisme dépendent de l'un ou de l'autre de ces états

émotionnels qui s'aggravent par suite de causes morales ou physiques et se dissipent assez souvent sous l'influence d'une nouvelle dose d'alcool.

A cette irritabilité morbide succède lentement et insensiblement un affaiblissement de la sensibilité morale : l'alcoolisé ne sait plus éprouver ni peine, ni plaisir; insensible aux plus grandes catastrophes qui le frappent, il ne jouit plus d'aucune des félicités qui lui échéent en partage. Plus rien ne l'intéresse; il ne prend plus rien à cœur et vit comme un étranger au milieu de ses propres intérêts.

Plus tard, avec les progrès de l'alcoolisme, apparaît cette émotivité morbide qui caractérise si bien le déclin des facultés morales et intellectuelles; l'alcoolisé devient d'une sensiblerie enfantine; il rit et pleure sans motif, verse des larmes abondantes pour les sujets les plus insignifiants ou se prend de joies folles pour les plus minimes plaisirs : rires et pleurs automatiques, qui n'ont aucun fonds réel et à peine quelques rapports avec le malade lui-même.

Volonté. — La volonté ne tarde pas à subir la même dégradation; mais ici les déterminations symptomatologiques deviennent plus difficiles à saisir, car les manifestations morbides, qui en traduisent la lésion, sont moins bien définies, moins bien délimitées; les désordres de la volonté se mélangent aux lésions d'autres facultés et il devient peu aisé de les isoler en une description spéciale.

Quoi qu'il en soit, en dehors des périodes d'excitation où la volonté devient désordonnée, violente, maladive, presque impulsive, elle est d'ordinaire faible, incertaine, fugitive. L'alcoolisé ne sait plus vouloir; il n'a plus la force de résister; l'intelligence ne lui manque pas encore au début pour lui

indiquer et lui faire comprendre ses devoirs et ses obligations ; c'est la force de volonté et la fermeté de caractère qui lui font défaut. Il n'a plus l'énergie nécessaire pour résister aux incitations qui le sollicitent de toute part, et dans son affaissement moral, on le voit souvent, conscient de son infériorité, venir demander lui-même à l'asile un refuge contre sa propre faiblesse. Livrés sans force de résistance à leurs propres incitations et aux entraînements des autres, les alcoolisés seraient réellement dangereux, si leur apathie extrême, l'absence de toute volonté et l'extinction de tout sentiment, comme de toute passion, autre que celle de la boisson, ne les mettaient souvent à l'abri de ces tentatives.

« L'absence de volonté est presque un trait caractéristique de l'alcoolisé. Qui n'a été frappé de l'inertie, de l'indolence, de l'apathie et du véritable état d'enfance qu'il présente? Sans réaction, sans énergie, il exécute aveuglement, machinalement tout ce qu'on lui commande; il est facile à mener et à entraîner (1). »

L'affaiblissement de la sensibilité morale comme de la volonté détermine chez l'alcoolisé ce fonds spécial caractéristique, qui constitue, à une certaine période, le véritable cachet de l'alcoolisme chronique cérébro-spinal : apathie nonchalance, inertie, manque d'iniative, diminution de l'énergie morale, dégoût et incapacité de travail. C'est alors que ces malheureux deviennent de mauvais ouvriers et des ouvriers paresseux, incapables de remplir leurs fonctions habituelles ; ils perdent une partie de leur salaire et tombent bientôt dans la misère et le dénûment qui ne font qu'aggraver leur triste position.

(1) Voisin. *De l'état mental dans l'alcoolisme*, (in *Annales médico-psycholog.*, année 1864.)

Plus tard encore, toute vie morale et affective disparaît et sombre complètement dans l'obscurité de la démence irrémédiable qui caractérise les périodes les plus avancées de l'alcoolisme chronique.

Facultés intellectuelles. — Les modifications intellectuelles proprement dites, sont d'ordinaire lentes à se produire et n'apparaissent qu'après les désordres de la sphère morale. Dans un grand nombre de cas, alors que celle-ci est déjà profondément atteinte, le domaine intellectuel semble encore parfaitement intact. Mais, lui aussi, subit à la longue l'action stupéfiante de l'alcool et la modalité de ses altérations offre des caractères assez particuliers pour être signalés.

L'intelligence commence par perdre sa vivacité, sa spontanéité, son énergie, pour s'affaiblir graduellement et finir par s'user complètement dans la démence la plus profonde, où beaucoup d'alcoolisés ne tardent pas à tomber sans avoir présenté aucune espèce de trouble psychique ou sensoriel.

C'est peut-être, au début, moins un affaiblissement qu'un affaissement intellectuel, une apathie, une lourdeur, une indifférence de l'intelligence qui devient obtuse et hébétée, et fonctionne avec peine et lenteur. Cet état est l'une des causes de la paresse, de l'indolence de l'alcoolisé; il lui en coûte davantage de mettre ses facultés en action, et celles-ci répondent plus difficilement à son incitation; de là, un air de fatigue, de nonchalance que l'on remarque chez eux, ainsi qu'un manque d'initiative et de spontanéité; ils deviennent hésitants, craintifs, peureux, n'ont plus confiance dans leur propre valeur, n'osent plus rien entreprendre. La conception intellectuelle est plus lente, plus obtuse; la conversation plus difficile; l'alcoolisé paraît chercher

ses idées; ses réponses se font attendre; il semble avoir de la peine à élaborer l'idée qu'il veut émettre. C'est en un mot, plutôt une torpeur intellectuelle qu'un véritable affaiblissement; les facultés perceptives sont comme engourdies; l'attention est plus difficile à éveiller et à soutenir; la réflexion plus pénible, plus difficile et plus lente à se produire; de là, comme une hébétude générale, qui empêche l'alcoolisé de se mettre facilement en communication intellectuelle avec ceux qui l'entourent. Au début, c'est donc dans leur fonctionnement plutôt que dans le fonds même, que les facultés de l'alcoolisé sont atteintes et malades. « Malgré l'irrégularité de leur vie, la saleté et le désordre de leur habillement, la grossièreté de leurs propos, ils ont souvent conservé quelques traces de leur richesse intellectuelle passée, et l'on est quelquefois surpris de retrouver chez eux des restes de leur ancienne éducation et de leur aptitude artistique, littéraire et scientifique. Qui ne se souvient, au quartier latin, d'un vieil étudiant, connu sous le nom d'un chimiste célèbre; sa mise débraillée et excentrique, le son de sa voix, ses habitudes, le signalaient au premier regard pour un alcoolisé endurci; et pourtant, vient-on à pénétrer plus avant dans son intimité, ce qui est facile, on est surpris de constater que cet homme si déchu, possède, quand il le veut, d'excellentes manières, un poli, un langage choisi, fait preuve de quelques bons sentiments et jouit d'une faculté littéraire qui se traduit par des poésies qui sont loin de manquer de valeur (1). »

L'alcoolisé perd, du reste, excessivement vite la conscience de sa propre situation, et il en est peu qui sachent

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Art. Démence alcoolique.

attribuer à leur véritable cause l'état de dégradation dans lequel ils sont tombés. « A celui-ci, que personne ne veut plus employer; à tel autre abandonné et trahi par sa femme; à tous ou à peu près, tombés dans la misère et partout repoussés, on ne peut persuader que les excès de boisson ont seuls produit ces résultats. Un ancien maître d'études renfermé deux fois à Bicêtre, pour alcoolisme, ivrogne émérite, poursuivant M. Voisin de ses doléances, lui disait : Bicêtre me nuit beaucoup; et son haleine était alcoolique au plus haut point (1) ! »

Mais au bout de quelques temps et par suite de la continuation des excès, le fonctionnement intellectuel finit par diminuer réellement. Alors on voit la mémoire devenir lente, paresseuse, infidèle, puis se perdre, d'abord pour les faits récents, ensuite pour les faits anciens. La mémoire des mots se trouble et s'affaiblit; l'alcoolisé a de la peine à trouver les mots, les expressions propres, les noms des choses, les dates, les rues; ses discours sont entrecoupés par des temps d'arrêt, des périphrases, des mots tels que : choses, etc. Il est obligé de chercher ses paroles qui ne s'offrent plus à lui qu'avec difficulté; de là, même une hésitation particulière dans la conversation, hésitation à caractère spécial chez l'alcoolisé, et qui provient de ce que le malade veut articuler les mots avant que sa mémoire ne les lui présente. Les souvenirs sont confus, indécis; les dates surtout ne reviennent plus à la mémoire; les faits récents échappent avec une facilité inquiétante; les paroles elles-mêmes sont perdues de vue à peine ont-elles été émises; de là, des entretiens puérils, enfantins où le

(1) Voisin, *De l'état mental des alcoolisés*. (*Annales médico-psychologiques*, 1864.)

malade répète à chaque instant ce qu'il vient à peine de dire, et raconte plusieurs fois, le même jour, une histoire déjà racontée la veille.

L'alcoolisé ne parvient bientôt plus à suivre convenablement une conversation un peu compliquée; il n'en saisit plus ni les suites ni les déductions; tout raisonnement lui est difficile; le jugement devient moins sûr et s'obscurcit, puis se perd; l'association des idées se trouble, l'imagination s'éteint, les idées elles-mêmes finissent par disparaître et les mots manquent pour exprimer celles qui pourraient encore persister; une véritable démence intellectuelle se produit, plus ou moins rapide, suivant une foule de circonstances inhérentes, soit à l'alcoolisé, soit aux conditions qui ont amené son affection, mais aboutissant en définitive à la démence complète et irrémédiable.

C'est là que viennent sombrer toutes les facultés intellectuelles, morales et affectives de l'être humain. Est-il bien besoin de faire la description de cette déchéance, hélas! trop commune? Qui ne connaît cet être que l'alcool a réduit à l'état de brute? Le visage impassible, l'expression ennuyée, le regard éteint, l'œil atone, l'aspect hébété, la démarche fatiguée et traînante, la mise malpropre et décousue, on le voit, plongé dans l'immobilité la plus complète, insensible à ce qui l'entoure, répondant à peine aux questions qu'on lui pose, saisissant lentement et difficilement ce qu'on lui demande, sans conscience bien nette de sa situation ou du milieu où il se trouve, passer des journées entières dans l'oisiveté et la paresse, se traînant de cabaret en cabaret et dépensant ce qui lui reste d'intelligence à faire de nouveaux excès.

Si, revenu à une hygiène mieux entendue, l'alcoolisé a le

courage de renoncer à des abus qui le tuent lentement, il peut végéter encore quelque temps dans cette existence intellectuelle précaire ; la mémoire affaiblie, insouciant, apathique, ne se préoccupant ni de son état ni de sa famille, il répond à peu près exactement et comme machinalement aux questions qu'on lui pose ; mais poussé à bout, il laisse voir une insuffisance intellectuelle manifeste ; dans le mouvement de la vie ordinaire, il est incapable de travail et doit être conduit et surveillé comme un enfant.

Plus tard, le cercle de ses idées se restreint davantage ; il devient gâteux et ne diffère en rien des autres malades en démence que renferment nos asiles et où il passe sa triste existence en succombant à quelque complication, sans qu'à ce moment encore, l'on connaisse souvent le point de départ spécial de son affection.

Sensibilité générale et spéciale. — Les divers troubles de la sensibilité générale et spéciale se présentent sous certaines modalités d'ordinaire les mêmes : ce sont l'hyperesthésie d'abord, la dysesthésie ensuite, l'anesthésie enfin, qui constituent des manifestations fréquentes de l'alcoolisme chronique. Nous ne parlerons ici ni de l'illusion ni de l'hallucination que nous considérons plutôt comme des troubles psychiques, et qui seront examinées à l'article relatif au délire alcoolique.

Sensibilité générale. — Les troubles de la sensibilité générale sont d'ordinaire assez précoces dans l'ordre d'apparition des phénomènes nerveux de l'alcoolisme chronique. Ce sont d'abord des malaises, des inquiétudes, des picotements, des tiraillements, des engourdissements, des sensations bizarres, comme des frissons qui parcourent tous les membres, des sensations d'animaux rampants sous la

peau, des démangeaisons, des piqûres, des élancements, des crampes, des secousses qui traversent l'organe, des sensations anormales de froid et de chaud ; tantôt c'est un sentiment d'inquiétude douloureux et erratique, une sensation de gêne et de douleur souvent assez violente pour arracher des cris.

Ces troubles de la sensibilité sont rarement généralisés à tout le corps ; ils sont d'ordinaire limités, soit aux membres inférieurs et commencent alors par la plante des pieds pour s'étendre aux jambes et s'arrêter en général au-dessus du genou, soit aux membres supérieurs où ils envahissent l'avant-bras et le bras ; d'autres fois ils occupent certaines parties localisées du tronc ou bien toute la région dorsale. Ils apparaissent surtout le soir, à la chaleur du lit ou bien le matin après une nuit d'insomnie.

Ces phénomènes sont accompagnés de céphalalgie, d'ordinaire gravative ; c'est plutôt une lourdeur, une obtusion cérébrale qu'une véritable douleur, qui se présente parfois sous forme de battements, de coups à l'intérieur du crâne ; cette douleur est limitée à la région occipitale ou frontale, ou bien s'étend à toute la région crânienne. Dagonet prétend qu'elle est beaucoup plus violente dans l'alcoolisme occasionné par l'abus d'alcool de mauvaise nature, de vin blanc, d'absinthe.

Un phénomène qui ne manque pas d'importance réside dans l'insomnie qui tourmente souvent l'alcoolisé et dans la nature même du sommeil, quand il existe. Celui-ci est d'ordinaire difficile, lent à se produire, pénible et agité. Il est parfois interrompu par de nombreux réveils pendant lesquels le malade courbaturé, se trouve dans une espèce de rêvasserie ; en général le patient se tourne et retourne

dans son lit, même pendant le sommeil, et il est souvent tourmenté par des rêves pénibles, des songes effrayants; d'ordinaire, le repos de la nuit n'est pas réparateur et l'alcoolisé se lève le matin plus fatigué et plus brisé qu'il ne l'était en se mettant la veille au lit.

La fréquence de l'insomnie nous semble cependant avoir été beaucoup exagérée; elle caractérise plutôt un état aigu venant s'enter sur le fonds chronique de l'alcoolisme, et à ce titre, accompagne et suit les excès de boissons et les diverses atteintes de délire alcoolique. Mais quand ces exacerbations se sont calmées et qu'il ne persiste plus que le fonds ordinaire de l'intoxication, le sommeil, sans être absolument normal, offre cependant moins de troubles qu'on ne s'est plu à l'admettre. L'alcoolisé chronique, en dehors de ses périodes d'excitation et de délire, n'est pas en général l'hôte de nos asiles et de nos hôpitaux qui dorme le moins. C'est plutôt par périodes et sous l'influence de modifications physiques, émotionnelles ou atmosphériques que se produisent ses insomnies qui disparaissent avec la cause qui les a amenées.

L'hyperesthésie est un phénomène de beaucoup plus rare; elle n'a encore été que très imparfaitement étudiée et ne se trouve pas même complètement déterminée dans ses multiples modalités. Ce n'est pas seulement la sensibilité à la douleur, c'est encore la sensibilité au toucher, à la température, le sens musculaire qui peuvent être troublés, et ces différentes hyperesthésies ont leurs expressions différentes. Quoi qu'il en soit, on en distingue en général deux espèces, l'une superficielle, l'autre profonde. La première semble se manifester sous forme de névralgies générales; le trajet des nerfs, surtout à leur émergence et la surface tégumentaire,

offre une sensibilité excessive, qui se réveille au moindre contact et fait jeter des cris au patient ; d'autres fois la douleur est plutôt lourde, contusive; cette forme se rencontre assez rarement, mais ce que l'on constate plus fréquemment chez l'alcoolisé, c'est une sensibilité exagérée de la peau ; la moindre piqûre lui fait jeter des cris.

La seconde, l'hyperesthésie interne ou profonde, se manifeste surtout au membre inférieur ; elle consiste en une sensation de douleur plus ou moins violente, souvent diffuse et parfois insupportable, accompagnée d'un sentiment de chaud et de froid, dont les muscles ou les os semblent être le siège et qui est exagéré par les movements et la pression. Ces différentes formes d'hyperesthésie précèdent ordinairement ou accompagnent l'établissement de lésions organiques d'origine centrale ou périphérique.

L'anesthésie est plus fréquente ; elle ne se produit, en général, qu'à une période avancée de l'alcoolisme chronique et peut se constater sur tous les tissus, sur la peau et sur les muqueuses, comme dans les parties profondes. Elle offre différentes modalités et se présente sous forme d'engourdissement, d'obtusion de la sensibilité ou d'insensibilité complète ; dans ce dernier cas, le toucher, le chatouillement, les piqûres, les corps chauds ou froids, l'électricité, courants constants ou induits, ne sont absolument plus perçus sur les parties affectées d'anesthésie.

Les degrés moins prononcés d'affaiblissement de la sensibilité physique sont d'autant plus difficilement appréciables, que les points de comparaison font défaut, sauf dans l'hémianesthésie ; le toucher, la douleur, la température, l'excitation électrique provoquent encore des sensations, mais qui sont simplement affaiblies, et il faudrait, dans ce

cas, connaître l'impressionnabilité normale pour pouvoir se rendre compte du degré de l'anesthésie; mais comme ces dernières ne sont pas ordinairement généralisées, il est rare que les points de repère fassent absolument défaut.

L'anesthésie peut s'étendre aux parties profondes; la pression n'est plus sentie et la sensibilité électro-musculaire est notablement diminuée. Il est parfois possible de faire passer un courant d'induction dans les muscles du bras et de la jambe, de manière à amener de fortes contractions, à tétaniser presque les membres, sans provoquer la moindre douleur; la même insensibilité électro-musculaire s'observe avec l'application ou l'intervention du courant d'induction. Le sens musculaire est de même affaibli et quelquefois entièrement aboli; les yeux fermés, le malade n'a aucune conscience de ses mouvements, qu'ils soient spontanés ou provoqués. La main anesthésiée ne s'aperçoit pas des obstacles interposés entre elle et le but à atteindre; elle reste alors immobile ou prend une autre direction; ainsi, en supposant que ce soit une partie du corps qu'elle veuille atteindre, si l'on vient à toucher soi-même cet organe que la main voulait saisir, le malade croit avoir exécuté le mouvement et affirme aussitôt qu'il a touché, bien que le bras soit resté en chemin. Le sujet ne perçoit sur la partie anesthésiée aucun contact, soit de sa propre main, soit d'un corps étranger, qu'à la condition d'exercer une forte pression, faisant intervenir les muscles du côté sain qui l'avertissent, par leur sensibilité propre, de la résistance siégeant sur le côté insensible. Quand l'anesthésie atteint les membres supérieurs, les objets s'échappent de la main dès qu'elle cesse d'être surveillée, et dans leurs différents travaux, les alcoolisés, sans le sentir, se piquent, se blessent ou se frappent sur les doigts.

Les parties anesthésiées sont, en général, plus froides que leurs congénères, et les malades ont conscience eux-mêmes de ce refroidissement; la différence thermométrique entre les unes et les autres est parfois de plusieurs degrés. L'insensibilité peut s'étendre aux muqueuses; la conjonctive sclérotidienne et palpébrale et même la cornée peuvent être insensibles au point de ne plus réagir contre les excitations qui y sont portées à l'aide d'une barbe de plume; la muqueuse buccale et linguale ne sent plus le contact, la douleur ou la température; la titillation du voile du palais ou de la luette ne provoque plus le moindre réflexe; le choc sur les dents n'est plus senti; enfin l'anesthésie se rencontre parfois encore sur la muqueuse du gland, du méat urinaire et à la marge de l'anus.

Ces diverses altérations de la sensibilité générale, hyperesthésies, dysesthésies et anesthésies peuvent n'avoir aucun siége fixe; tantôt on les rencontre, à un faible degré, généralisées à travers toute la surface du corps; d'autres fois elles en occupent certaines parties parfaitement bien délimitées; telle est la forme si bien étudiée par Magnan, sous le nom d'hémianesthésie alcoolique, forme cependant beaucoup plus rare et moins bien définie que veut bien le dire son auteur; d'autres fois encore, elles sont comme éparpillées, occupent certaines places plutôt que d'autres, sans qu'il soit possible de déterminer la cause de cette variabilité de localisation; les membres inférieurs en sont plus souvent le siége que les membres supérieurs et, dans ce cas, elles débutent, l'anesthésie particulièrement, par les orteils, s'étendent à la plante des pieds, puis à la face dorsale, au tibia, au mollet et enfin au jarret où elles s'arrêtent d'ordinaire. On les voit encore occuper certaines parties du

tronc; les muqueuses en sont le plus rarement atteintes.

A ce chapitre se rapportent encore les phénomènes signalés par Dagonet et relatifs au ralentissement des sensations; l'impression périphérique ne parvient plus au centre élaborateur qu'un temps assez long après l'excitation qui l'a provoquée.

Comme nous le verrons plus tard, ces différents troubles de la sensibilité générale sont la source la plus fréquente des nombreuses illusions et idées délirantes que l'on rencontre dans les formes psychiques de l'alcoolisme chronique, et dont les nombreuses variétés constituent les différents types délirants de la folie alcoolique.

Sensibilité spéciale. — Vue. — Les dysesthésies de la vue constituent un des phénomènes les plus fréquents et les premiers à apparaître, de l'alcoolisme chronique. Ce sont des vertiges, des éblouissements, des scintillations, des éclairs, des mouches volantes, des objets à contours indécis, d'abord lumineux, puis s'obscurcissant, des étincelles, des flammes, des lumières vives, des bluettes, etc., etc. L'apparition de ces phénomènes est assez irrégulière dans ses retours. L'organe visuel peut encore être le siége d'autres troubles plus singuliers : par moments, il y a dyplopie ou polyopie, ou bien les objets semblent s'éloigner ou se rapprocher quand on les fixe; d'autres fois le malade voit tout renversé ; tantôt encore c'est la dyschromatopsie qui apparaît : les couleurs sont confondues, le rouge paraît brun ou noir, le vert devient gris.

Les troubles anesthésiques sont peut-être moins ordinaires et n'arrivent qu'à une période plus avancée de l'alcoolisme. C'est d'abord un affaiblissement de l'activité visuelle elle-même, trouble qui a été bien étudié par Gale-

zowsky et Hirschler, sous le nom d'amblyopie alcoolique. D'après ces auteurs, la vue baisse d'une manière brusque pour rester stationnaire ensuite; l'acuité visuelle peut s'affaiblir au point que les malades savent à peine distinguer de très gros caractères; les objets ne sont plus vus qu'à travers un brouillard; l'alcoolisé ne les distingue que difficilement et après de nombreux efforts; d'autres fois, il lui arrive qu'en lisant un livre, celui-ci se couvre soudainement de ténèbres et il se produit pour quelques minutes un état de cécité presque complète. Souvent les malades semblent pouvoir mieux distinguer les objets le matin et le soir, et tel qui sait à peine se conduire pendant la journée, parvient à lire sans difficulté quand le jour baisse ou à une lumière faible. C'est presque un nyctalope. Le passage d'un courant continu à la tête ou au voisinage des yeux ne produit presque plus de phosphènes.

L'anesthésie appliquée aux couleurs amène l'achromatopsie, caractérisée par l'affaiblissement et quelquefois la perte momentanée de la faculté chromatique et particulièrement des teintes secondaires dont il n'est plus possible au malade de se rendre compte. Les cas de daltonisme que l'on constate de plus en plus fréquemment depuis que l'attention se trouve portée de ce côté, ne semblent pas tout à fait étrangers aux désordres alcooliques de l'organe visuel.

Comme le remarque fort bien Dagonet, il ne faut pas confondre cette achromatopsie véritable avec le trouble des couleurs qui tient au ralentissement survenu dans les différentes sensations successives éprouvées par les malades. C'est ainsi que quelques alcoolisés ne peuvent désigner les couleurs qu'on leur présente les unes après les autres, quand ce passage se fait avec quelque rapidité. Lorsque

l'on fait, par exemple, passer un peu trop vite et successivement sous leurs yeux, des bandes bleues, jaunes, vertes, il leur devient impossible de désigner la couleur qu'on leur montre, si on ne leur laisse l'objet sous les yeux un temps suffisant et quelquefois prolongé pour que l'impression qui a précédé ait entièrement disparu, de manière à permettre à celle qui suit d'être transmise au centre de la perception. Ils ont conservé la notion des couleurs, mais à la condition qu'on donne le temps à la perception ralentie de se faire complètement. Ce phénomène dépend donc d'un ralentissement de la perception visuelle et non d'une modification de la sensation des couleurs.

En général, les désordres de la vision ne sont pas permanents, au moins au début de l'alcoolisme; ultérieurement, ils persistent plus longtemps, et l'amblyopie peut dans certaines circonstances, dégénérer en véritable amaurose irrémédiable. Les personnes et les choses cessent d'abord d'être reconnues; la lumière elle-même finit par ne plus être distinguée de l'obscurité et la vision est complètement abolie.

L'examen ophtalmoscopique ne révèle guère, au début, d'altération appréciable, et les troubles circulatoires, la stase veineuse, les infiltrations péri-papillaires, les battements dans les veines, toutes altérations que l'on a constatées à la rétine, ne suffisent pas à expliquer les phénomènes graves de l'amblyopie et de l'amaurose alcoolique. Dans certains cas bien confirmés, des ophtalmologues ont prétendu avoir constaté comme cause de la cécité une atrophie plus ou moins complète du nerf optique; mais le fait mérite confirmation.

Ces désordres ont, du reste, été fort différemment inter-

prétés par les différents auteurs qui les ont étudiés. Tandis que Walther y voit l'expression de phénomènes congestifs, que Pagenstecher les attribue à une réplétion sanguine de la choroïde et d'autres, à une congestion de la rétine elle-même, Hirschler, au contraire, n'y voit qu'un symptôme éloigné de troubles cérébraux d'origine centrale.

Il est enfin un dernier phénomène que l'on rencontre assez fréquemment du côté de l'organe visuel, c'est le nystagmus ou tremblement spasmodique des globes oculaires. Ce symptôme est fréquemment un phénomène alcoolique évident, vu qu'il apparaît avec l'alcoolisme chronique, ou tout au moins s'aggrave fortement quand il préexistait, qu'il diminue avec l'intoxication et disparaît, quand les autres phénomènes alcooliques cessent.

L'état des pupilles est variable dans l'empoisonnement chronique par l'alcool et n'est pas toujours en rapport avec la sensibilité oculaire. L'inégalité de dilatation se rencontre fréquemment en dehors de tout symptôme de paralysie réelle; les pupilles sont souvent uniformément dilatées, paresseuses, ne réagissant que lentement sous l'influence de la lumière; plus rarement on les trouve rétrécies. Ces modifications ne paraissent pas en rapport avec un état anatomique ou psychique défini.

Ouïe. — Les troubles que l'on rencontre dans l'alcoolisme chronique, du côté de l'organe auditif sont à peu près de même nature que ceux de la vue. Ce sont d'abord des dysesthésies, variant depuis les bourdonnements, sifflements, bruissements, grondements jusqu'aux sensations souvent bizarres de bruit de souffle, de musique, de cloches, de fracas.

C'est, ensuite, de l'hyperesthésie, qui cependant ne se

rencontre qu'assez rarement; la sensibilité de l'ouïe est quelquefois si exaltée que le moindre bruit devient pénible au malade; il se plaint du moindre éclat de voix et recherche la tranquillité et le silence. Enfin, l'anesthésie est un phénomène plus fréquent; l'ouïe s'affaiblit graduellement; les alcoolisés finissent par entendre plus dur et plus difficilement; parfois même la surdité devient complète; ni la voix, ni même aucun bruit n'est plus perçu. L'application d'un courant continu ne détermine aucune sensation de son.

Goût et odorat. — Les mêmes phénomènes peuvent se produire du côté de l'odorat et du goût; cependant c'est l'anesthésie que l'on rencontre le plus fréquemment; l'odorat est affaibli; les plus fortes odeurs sont à peine senties, et dans quelques cas, ne le sont plus du tout. Nous avons connu un malade qui, à la suite d'une folie alcoolique grave, avait conservé une anosmie tellement complète qu'il ne sentait absolument plus la moindre odeur. Magnan a composé une espèce d'échelle de la sensation olfactive, composée de l'eau de fleurs d'oranger, du camphre, de l'essence de menthe, de la teinture de musc, du vinaigre et de l'essence de moutarde, échelle qui permet jusqu'à un certain point, de se rendre compte du degré de l'anesthésie.

Les mêmes phénomènes se remarquent du côté du goût; celui-ci peut être lésé comme l'odorat et son altération varie depuis le simple affaiblissement jusqu'à l'extinction complète de la sensation gustative. L'échelle, composée par Magnan, renferme le sucre, le sel, le sulfate de magnésie, l'aloès, la coloquinte, le piment. En appliquant des solutions de concentration variable, ou bien en maintenant le corps sapide sur la langue, on parvient à se rendre compte du degré d'altération qu'offre le sens que l'on soumet à l'in-

vestigation. Quand l'anesthésie est complète, le courant continu appliqué sur la langue ne provoque plus aucune sensation gustative.

Motilité. — Les troubles de la motilité, sans avoir peut-être l'importance et la variété des désordres sensitifs, sont cependant d'ordinaire constants sous une forme ou l'autre et affectent en général comme eux, la même modalité; ce sont d'abord des phénomènes d'excitation, ensuite des phénomènes de dépression, en prenant, bien entendu, ces expressions dans un sens purement symptomatologique et sans avoir égard à la nature réelle des désordres eux-mêmes. Parmi eux, nous n'étudierons que le tremblement, les spasmes, les soubresauts de tendons, les crampes, dans la première catégorie, les parésies musculaires, dans la seconde. Les phénomènes plus graves de la motilité, tels que : accès convulsifs et paralysies, seront examinés plus loin, sous forme d'entités, et un chapitre spécial leur sera consacré.

Le tremblement est un symptôme pour ainsi dire constant de l'alcoolisme chronique. Il consiste généralement en une série de petites secousses rythmiques, d'ordinaire assez rapides; parfois l'ampleur des mouvements augmente au dépens de leur généralisation et il se produit alors un véritable spasme qui simule parfois les mouvements choréiques : c'est la chorée des ivrognes. Le tremblement peut être continu; d'autres fois il n'apparaît que le matin, par intervalle et surtout vers le reveil, ce qui rend les alcoolisés maladroits et les empêche de s'habiller comme à l'ordinaire. L'usage de quelques spiritueux parvient souvent à diminuer et même à enrayer complètement tout tremblottement pendant un certain temps; dans l'alcoolisme tout à fait

chronique, elle devient permanente. Les mouvements volontaires ont presque toujours pour résultat de l'exagérer, et il suffit que l'alcoolisé veuille rendre ses mouvements plus précis pour que le tremblement devienne plus intense et gagne de l'ampleur.

Son siége le plus fréquent est aux membres supérieurs, à commencer par la main pour s'étendre aux avant-bras et aux bras, puis aux muscles de la face, surtout à ceux qui concourent à l'articulation des sons, enfin aux membres inférieurs; quelquefois le tremblement est généralisé à la plupart des muscles du corps.

Les conséquences des désordres de la motilité varient suivant les organes où ils siégent; aux mains et aux bras, ils rendent les mouvements de préhension difficiles, gênés; l'alcoolisé devient inhabile, maladroit, ne sait plus s'acquiter convenablement de ses travaux manuels : il est mauvais ouvrier.

Aux extrémités inférieures, ils rendent la marche embarrassée, hésitante; les chutes deviennent plus faciles; il s'ensuit de la titubation dans la marche, de l'oscillation pendant la station; aux lèvres et à la langue, ils produisent de l'embarras et de l'hésitation dans la parole, un bégayement intermittent ou continu, léger ou tellement prononcé que l'articulation des mots devient impossible. Aux yeux, c'est le nystagmus que l'on observe. Les mouvements perdent en général de leur sûreté; les efforts musculaires sont difficiles, pénibles et parfois impossibles.

Le tremblement peut être accompagné d'expression plus élevée des désordres de la motilité, soubresauts des tendons, tiraillements spasmodiques, tics nerveux ou crampes; ces manifestations désordonnées sont d'ordinaire localisées,

occupent plus volontiers les muscles de la face ou des membres et apparaissent de préférence au moment du sommeil. Les crampes qui sont le degré le plus élevé de la contraction douloureuse ne se font sentir qu'aux mollets; elles peuvent quelquefois envahir les muscles du tronc, mais ne se font guère sentir aux extrémités supérieures.

L'analyse graphique a permis de préciser les caractères de forme et de durée de ce tremblement; les secousses se répètent de huit à dix fois par seconde; elles sont égales entre elles sous le rapport de la durée, mais toujours inégales sous celui de l'amplitude. De temps en temps, on les voit cesser presque complètement, et le tracé se continue sous la forme d'une ligne à peine onduleuse; mais ce repos relatif est suivi d'une recrudescence du tremblement et l'on voit se dessiner une série d'ondulations d'une amplitude beaucoup plus considérable que celle des ondulations qui précèdent ou qui suivent (1).

Les causes de ce tremblement ont été très diversement appréciées: pour les uns, il dépend d'une irritation spéciale exercée sur les centres nerveux, c'est donc un phénomène plutôt actif; pour les autres, il dépend au contraire de l'épuisement du système nerveux dont il exprime l'état d'affaiblissement, c'est, dès lors, un phénomène plutôt passif.

Le second ordre d'altération de la motilité consiste en un degré variable de parésie et d'ataxie musculaire, phénomènes qu'il est assez difficile de bien isoler et de bien circonscrire, parce qu'ils aboutissent par gradation insensible à la paralysie complète, sans qu'on puisse établir une ligne

(1) Bal. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. *Delirium tremens.*

de démarcation exacte entre les différentes modalités qui les constituent.

Comme l'a fort bien fait remarquer Foville, cette parésie, que l'on ferait mieux d'appeler affaiblissement de la force musculaire, offre au point de vue séméiologique, certains caractères importants : d'une part, elle n'est jamais complète, c'est une parésie plutôt qu'une paralysie vraie. Ainsi, bien qu'impuissant à saisir les objets ou à marcher convenablement, l'alcoolisé conserve toujours la possibilité de mouvoir ses membres. D'autre part, les phénomènes offrent une marche centripète, se portant de l'extrémité des membres vers le tronc. Enfin ce sont d'ordinaire les extrémités supérieures qui se prennent les premières.

L'existence des symptômes de parésie n'a rien de constant et elle n'est pas toujours en rapport avec la gravité de l'intoxication. La parésie ne se développe d'ordinaire que d'une manière lente et progressive; d'autres fois, elle apparaît d'une façon brusque et rapide, à la suite de quelques complications aiguës, mais alors elle peut disparaître aussi facilement.

C'est d'abord une sorte d'incertitude, un tremblotement vers les doigts, qui gagne plus ou moins promptement la main; la pression exercée par cette dernière n'est ni régulière, ni continue, mais saccadée et intermittente; les doigts deviennent inhabiles et maladroits; la main serre mal les objets et les laisse échapper avec facilité. Cette faiblesse gagne bientôt les avant-bras et les bras; l'alcoolisé ne peut plus alors se servir que d'une manière tout imparfaite et incomplète de ses membres supérieurs. Les mêmes phénomènes ne tardent pas à se manifester aux membres inférieurs; la marche devient incertaine, titubante; les muscles

du dos se prennent à leur tour; le corps ploie plus facilement; la station debout devient difficile, pénible.

La combinaison du tremblement et de la parésie musculaire aboutit souvent à un état intermédiaire où les mouvements sont hésitants, incertains, saccadés, spasmodiques; c'est un véritable état d'ataxie qui se manifeste dans les mouvements généraux aussi bien que dans ceux de la mimique et de la prononciation; la marche et la préhension prennent tous les caractères du tabes dorsalis. Dans un cas rapporté par Topinard et Marcé, l'on a même constaté le phénomène de la chute, les yeux fermés. Il est à remarquer que cet état ataxiforme est plutôt augmenté par la privation des alcooliques; il ne faut pas le confondre avec le tabes dorsalis réel que l'on rencontre parfois à la suite des excès de boissons.

Tel est le complexus de phénomènes qui constitue l'ensemble clinique connu sous le nom d'alcoolisme cérébral chronique. Une foule d'épisodes, d'épiphénomènes psychiques ou organiques, de complications permanentes ou transitoires peuvent venir en modifier la forme et la marche et en changer l'aspect clinique; mais le fonds reste toujours uniforme et c'est ce fonds qui constitue, à proprement parler, l'intoxication.

Anatomie pathologique.— Les différentes altérations anatomo-pathologiques que l'autopsie fait découvrir dans l'alcoolisme chronique offrent une grande variété de nature et surtout de siége; on les rencontre dans la plupart des tissus de l'encéphale, les enveloppes, la pulpe et les vaisseaux. Si leur nature diffère beaucoup en apparence, au fond, elles peuvent se ramener aux trois processus distincts des troubles circulatoires (congestion et inflamma-

tion), des modifications interstitielles (sclérose) et des dégénérescences graisseuses (stéatose).

Boîte crânienne. — Les os du crâne sont d'ordinaire plus durs et plus épaissis par suite d'hyperostoses et d'hyperscléroses; la table interne surtout est plus dense et les canaux vasculaires semblent creusés plus profondément dans la substance osseuse.

Corpuscules de Pacchioni. — Ceux-ci sont hypertrophiés et occupent une plus grande étendue; ils adhèrent fortement à la surface arachnoïdienne.

Dure-mère. — La dure-mère est fréquemment le siége de fausses membranes, suite du processus inflammatoire adhésif que l'on rencontre dans les différentes séreuses; c'est d'ordinaire à la face convexe que se rencontrent ces productions membraneuses qui affectent les formes les plus diverses.

Au début, elles constituent plutôt une exsudation fibrineuse qui s'étend à la surface de la dure-mère et qui s'organise : sous forme de lamelles adhérant assez intimement à la membrane-mère dont elles forment un épaississement plus ou moins étendu et plus ou moins profond; d'autres fois, sous forme de filaments membraneux flottant presque librement dans la cavité de l'arachnoïde et n'ayant conservé que de rares attaches avec la dure-mère; enfin sous forme de lames superposées entre lesquelles on aperçoit de petites taches ecchymotiques. Parfois même, les fausses membranes servent d'intermédiaires entre des adhérences de l'arachnoïde et de la dure-mère; en se rétrécissant elles peuvent amener une union plus ou moins intime des deux membranes. Leur aspect est en général sujet à varier; plus ou moins épaisses, depuis la simple membrane hyaline,

transparente, jusqu'à la membrane fibreuse, épaisse, résistante, elles sont d'ordinaire très vasculaires et peuvent renfermer des suffusions et même des épanchements sanguins.

Arachnoïde et pie-mère.—Les altérations de l'arachnoïde ne font presque jamais défaut dans l'alcoolisme chronique. A la face supérieure et convexe des hémisphères, principalement au voisinage du sinus longitudinal, on trouve l'arachnoïde, soit dans toute son étendue, soit par place, épaissie, opaline, blanchâtre, souvent hypertrophiée, dure et résistante; on peut l'enlever par larges plaques, parfois toute entière, sans la déchirer; les corpuscules de Pacchioni sont volumineux, jaunâtres; c'est à leur niveau surtout que l'inflammation adhésive est violente et que l'on constate toujours des adhérences très intimes entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Quand l'épaississement n'est pas uniforme, il se présente d'ordinaire par traînées blanchâtres le long des vaisseaux sanguins. La pie-mère est de même rarement intacte; en dehors des lésions circulatoires, dont il sera question plus loin, on la trouve presque toujours œdématiée, infiltrée d'une sérosité blanchâtre ou rougeâtre que l'on peut faire refluer de côté et d'autre par la pression du scalpel, ou bien transformée en une couenne gélatineuse, mollasse. On constate souvent dans son épaisseur de véritables suffusions sanguines ou même d'assez larges ecchymoses qui occupent d'ordinaire les côtés latéraux des hémisphères cérébraux, parfois la grande circonférence du cervelet et la surface des ventricules cérébraux. Quand ces suffusions séreuses sont anciennes, elles font place à des plaques plus ou moins étendues, d'un jaune d'ocre, et constituées par la matière colorante du sang à l'état amorphe.

Le liquide encéphalo-rachidien est presque toujours plus abondant qu'à l'état normal ; il est plus foncé de couleur et parfois trouble, rougeâtre ; mais ces modifications dépendent souvent plus des phénomènes congestifs qui ont précédé la mort que des altérations cérébrales préexistantes. Cependant il n'est pas absolument rare de trouver, en dehors de ces processus ultimes de nature congestive, de l'hydrocéphalie interne et externe dont l'importance est parfois assez considérable pour donner à l'ensemble des symptômes un cachet particulier.

Cerveau et cervelet. — Les lésions de la pulpe cérébrale sont certes les plus importantes; elles sont malheureusement encore insuffisamment étudiées et connues. Une distinction importante à faire, mais qui est peut-être plus théorique que pratique, consiste à diviser les lésions en altérations directes et indirectes : les premières sont produites par l'influence alcoolique elle-même, les autres ne sont que secondaires et découlent, en grande partie, des lésions primitives dont elles ne sont qu'une conséquence : tel est le ramollissement cérébral, suite d'athérome ou d'embolie artérielle.

Le volume de la masse encéphalique ne subit pas de modification dans la grande majorité des cas ; parfois on trouve le cerveau comme gonflé, comme turgescent ; il proémine à la moindre ouverture que l'on fait à la membrane qui le retient ; cette modification, qui peut provenir, en partie, de la congestion sanguine et des exsudations séreuses ou sanguinolentes dont il est le siége, n'a pas encore reçu d'autre explication.

Plus souvent, le cerveau se trouve atrophié, ratatiné, soit dans sa totalité, soit dans certaines de ses parties ; la

dure-mère présente des rides nombreuses ou de larges étendues d'affaissement au niveau desquelles la masse nerveuse est aplatie, enfoncée; les circonvolutions sont amincies; les plis qu'ils forment semblent effacés. Cette diminution de volume de la substance cérébrale est le signe ordinaire d'une atrophie du cerveau produite, soit mécaniquement par un exsudat qui le comprime, soit dynamiquement par l'usure de sa propre substance; elle existe d'ordinaire à un degré plus ou moins avancé dans la paralysie alcoolique.

La consistance du cerveau est plus sujette à varier et plus difficile à bien caractériser. Jusqu'ici nous ne possédons pas encore la mesure de cette consistance, différente suivant une foule de circonstances qui dépendent, soit du malade lui-même, soit des conditions extérieures. Il est, dès lors, facile de comprendre que la valeur pathologique de ce caractère anatomique soit loin d'être suffisamment déterminée.

L'augmentation de consistance de la pulpe du cerveau n'est pas rare dans la première période de l'alcoolisme cérébral chronique; la masse nerveuse est plus dure, plus résistante, comme élastique; le cerveau résiste dans toute son épaisseur sous la pression du doigt et conserve une fermeté remarquable, même assez longtemps après le décès; sa consistance se rapproche de celle que l'on obtient après deux ou trois jours de macération dans l'alcool. Tantôt l'encéphale conserve son volume normal, tantôt sa substance est atrophiée; on voit alors, au-dessous des méninges opaques et infiltrées de sérosité, les circonvolutions cérébrales apparaître surtout à la face convexe des hémisphères, petites, inégales en volume, pâles, grisâtres et pour ainsi

dire lavées par le liquide qui les baigne. Les couches optiques sont fermes, consistantes, aplaties.

Cette augmentation de consistance atteint d'ordinaire toute la masse cérébrale; d'autres fois elle se présente par plaques ou noyaux plus ou moins étendus et dispersés à travers la substance cérébrale. Dans le premier cas, l'on ne connaît pas encore les modifications pathologiques auxquelles elle répond; dans le second cas, elle forme la sclérose cérébrale dont la détermination pathologique est beaucoup mieux établie : ce sont des noyaux isolés, de figure ronde, ovale ou anfractueuse, se détachant du tissu ambiant par leur couleur qui est blanche-grisâtre, hyaline, comme celle du cartilage, et par leur consistance qui rappelle tantôt celle de l'albumine coagulée, tantôt celle du cuir; elle offre de la résistance à la coupe et crie sous le scalpel; ces masses peuvent être rares, éparses, ou bien le cerveau peut en être comme criblé. D'autres fois on rencontre dans la masse cérébrale des indurations cicatricielles formées par des amas de substance conjonctive.

Le ramollissement d'une partie ou de la totalité du cerveau est loin d'être rare dans l'alcoolisme chronique, et comme l'induration, il peut se présenter sous des aspects variés, soit d'une manière diffuse, soit en foyers plus ou moins étendus. Le ramollissement diffus siége fréquemment dans la substance grise, et dans ces cas celle-ci adhère d'ordinaire plus ou moins intimement aux méninges subjacentes; c'est le caractère de la paralysie alcoolique.

Le ramollissement offre des degrés très variables, depuis la simple diminution de consistance jusqu'à l'état de difluence et de bouillie; il suffit, dans ce dernier cas, de laisser tomber un léger filet d'eau sur la partie ramollie pour em-

porter la matière cérébrale. Cette lésion de la substance grise peut occuper toute l'étendue de la couche supérieure du cerveau ou bien se réunir en foyers plus ou moins étendus tout le long des vaisseaux sanguins.

La substance blanche des hémisphères offre beaucoup plus rarement quelque diminution de consistance; mais on rencontre de nouveau celle-ci avec fréquence dans les masses centrales, surtout le corps calleux, la voûte à trois piliers, les parois ventriculaires et les pédoncules cérébraux; ces parties se trouvent parfois réduites à l'état de véritable putrilage; le cerveau à peine placé sur la table s'affaisse sur lui-même et toutes ses parties centrales se disjoignent.

Les ramollissements en foyers sont loin d'être rares et l'on peut les constater à tous les degrés de leur développement; ils offrent tantôt les caractères du ramollissement inflammatoire, tantôt ceux du ramollissement nécrobiotique en foyers plus ou moins diffus.

Éléments nerveux. — La substance nerveuse elle-même doit évidemment éprouver dans l'alcoolisme des altérations plus ou moins profondes, suivant que l'atteinte alcoolique a été plus ou moins prolongée et plus ou moins intense. Malheureusement le microscope ne nous a encore dévoilé ni la nature intime de ces désordres ni leur modalité figurée. Lancereaux pense que les cellules sont plus ou moins déformées et contiennent des granules brillants, ayant l'apparence de globules graisseux; plus tard, les cellules se gonfleraient, se troubleraient en se remplissant de granulations et finiraient par vouloir se dissoudre.

Système vasculaire. — C'est le système vasculaire qui éprouve les altérations les plus précoces et les plus importantes. La congestion est fréquente chez l'alcoolisé; on peut

même dire qu'elle ne manque jamais, soit sous forme de fluxion active, soit sous forme de stase passive. Dans le premier cas les membranes cérébrales offrent une injection plus ou moins abondante et plus ou moins fine, soit sous forme d'arborisations rougeâtres, déliées, qui pénètrent jusque dans l'intimité des tissus. Quand cette hyperémie active porte sur la substance blanche, on y voit apparaître ce piqueté, ce sablé rouge, caractérisé par l'apparition de nombreuses gouttelettes de sang à la surface d'incision ; dans la substance corticale grise, elle se présente sous forme d'une coloration rouge offrant des nuances différentes qui atteignent quelquefois, dans les cas très aigus, la rougeur foncée de l'érysipèle, ou bien sous forme de coloration ou de taches marbrées, striées et parsemées de points plus ou moins foncés.

La congestion passive porte plutôt sur les vaisseaux de gros calibre et de calibre moyen qui sont gorgés de sang veineux, bleuâtre.

L'anémie cérébrale est peut-être moins rare qu'on ne le pense, à certaines périodes de l'alcoolisme, à ces périodes surtout où l'altération vasculaire rend la circulation irrégulière et produit de ces ischémies secondaires et partielles, auxquelles on attache actuellement une si grande importance; elle est plus fréquente dans la substance cérébrale que dans les membranes; sa détermination pathologique est encore insuffisamment établie.

Les capillaires sont rarement sains ; parfois on les trouve considérablement et uniformément dilatés, formant çà et là de riches plexus dont les vaisseaux offrent parfois de $0^{mm}.15$ à $0^{mm}.20$ de diamètre de plus qu'à l'état normal. Cette lésion, quand elle se produit dans un point tout à fait circonscrit,

donne lieu à des anévrysmes miliaires, et quand elle occupe une large étendue, elle amène la lésion connue sous le nom d'hémorragie capillaire. De distance en distance on rencontre dans l'épaisseur des parois capillaires des granules grisâtres ou jaunâtres qui réfléchissent fortement les rayons lumineux; c'est le commencement de la dégénérescence granulo-graisseuse qui, en augmentant, finit par arriver à la dégénérescence athéromateuse de l'ensemble du système vasculaire. En général on rencontre sur le trajet des vaisseaux des dilatations plus ou moins considérables, qui constituent parfois de véritables petits anévrysmes; dans ces cas, les vaisseaux ont l'apparence variqueuse et offrent des sinuosités anormales; leur calibre intérieur est rétréci en plus d'un endroit et l'on y rencontre souvent des thrombus.

Sang. — On trouve fréquemment du sang extravasé dans le cerveau, soit sous forme de foyers, soit sous forme d'épanchements en nappe ou d'apoplexie capillaire. Ce sang est tantôt à l'état libre, tantôt entouré d'une membrane kystique. Dans les hémorragies capillaires, le sang est épanché dans la gaîne lymphatique où il forme une espèce de faux anévrysme qui finit par se rompre, et le sang s'écoule dans le tissu ambiant. Plus tard, les grains d'hématies constituent les seules traces que l'on rencontre de ces épanchements le long des vaisseaux sanguins.

Telles sont les lésions élémentaires que l'on trouve le plus souvent à l'autopsie du cerveau des malades qui succombent aux suites de l'alcoolisme chronique. Ces lésions sont aussi nombreuses que sont variés les phénomènes qui les traduisent au dehors; elles sont, dans leur essence, aussi disparates que les divers éléments sur lesquels elles portent. Leur signification pathologique ne saurait avoir de valeur

que par leur individualisation, c'est-à-dire par leur groupement en un certain nombre d'altérations principales, de véritables processus, ayant une marche plus ou moins uniforme, des caractères presque toujours les mêmes et une pathogénie bien définie. Ainsi considérées, les altérations anatomiques de l'alcoolisme cérébro-spinal chronique se résument dans les différentes déterminations suivantes :

1. *Anémie.* — L'anémie cérébrale, de même que son influence sur la production des divers phénomènes de l'alcoolisme encéphalique, n'a pas encore été suffisamment étudiée pour permettre d'en faire l'histoire pathogénique.

2. *Congestion.* — Elle peut exister à l'état d'isolement et constituer à elle seule l'unique élément morbide; partielle ou générale, elle peut porter exclusivement sur l'organe cérébral ou sur ses membranes, ou bien englober toute la masse encéphalique. Active au début, alors que les excès isolés sont plus fréquents que l'usage continu, elle finit bientôt par devenir passive et se transforme alors en stase le plus souvent veineuse. Son expression symptomatologique est très sujette à varier, et il est peu de phénomènes nerveux de nature alcoolique qui soient exempts de son influence.

3. *L'apoplexie soit méningée, soit cérébrale.* — Elle est d'ordinaire favorisée par la dégénérescence des petits vaisseaux, quand une cause quelconque vient augmenter la pression intra-vasculaire. Une autre cause qui en active l'apparition, c'est l'atrophie cérébrale; celle-ci enlève aux parois vasculaires un appui dont elles ont besoin pour résister à la pression que le sang exerce à leur intérieur.

4. *Apoplexie séreuse.* — Celle-ci est moins bien connue dans son individualisation. Elle peut siéger, soit dans la grande cavité de l'arachnoïde, ou dans les mailles de la

pie-mère, entre le cerveau et les méninges, et forme alors l'hydrocéphale externe ; soit dans les ventricules cérébraux. et forme alors l'hydrocéphale interne ; soit enfin dans la substance cérébrale elle-même, et constitue alors l'œdème du cerveau. Ces diverses espèces d'hydropisies ont pour cause des embarras de la circulation cérébrale, aidés d'une modification survenue dans la plasticité du sang sous l'influence de la dyscrasie alcoolique.

5. *La pachyméningite simple ou hémorragique.* — Formation de néo-membranes exsudatives, soit primitives, soit consécutives ; elles sont la conséquence ordinaire des poussées congestives qui se produisent vers les membranes crâniennes.

6. *Méningite chronique.* — C'est peut-être abuser du mot d'inflammation que d'assigner à toutes les altérations que l'on rencontre dans l'arachnoïde et la pie-mère une origine inflammatoire. Si, dans certains cas, l'épaississement et l'opacité ne sont évidemment que des lésions nutritives secondaires, provenant de modifications de la circulation, dans d'autres cas, l'on rencontre dans la pie-mère des traces évidentes d'anciennes inflammations : exsudats troubles, gélatineux, parfois séro-purulents, dans l'état aigu ; opacités et épaississements nacrés dans l'état chronique. Il semble prouvé aujourd'hui que les adhérences des couches superficielles de la substance grise avec les méninges ne constituent qu'un phénomène secondaire, dont l'origine se trouve bien plus dans la trame nerveuse que dans la membrane séreuse.

7. *Encéphalite.* — L'alcoolisme donne surtout lieu à deux formes d'encéphalite : celle connue sous le nom d'encéphalite hyperplasique et l'encéphalite scléreuse ; elles sont

toutes les deux diffuses et siégent de préférence, la première principalement, dans la couche cérébrale grise. Quand l'on rencontre l'encéphalite suppurative, celle-ci provient toujours de causes directes où l'alcoolisme n'intervient qu'à titre de complication. Comme nous aurons à revenir sur ce sujet, il nous paraît inutile d'entrer dans plus de détails; qu'il nous suffise de dire que nous considérons la paralysie générale comme une encéphalite hyperplasique et non comme une inflammation scléreuse.

8. *Ramollissement cérébral en foyers.* — Le ramollissement jaune est fréquent dans l'alcoolisme chronique; il est la conséquence des troubles circulatoires nombreux, occasionnés par l'état athéromateux du système vasculaire ou par les affections du cœur concomitantes (thrombus ou embolies); les anémies cérébrales n'y sont peut-être pas étrangères. Ces foyers de ramollissement, plus fréquents dans la substance blanche, peuvent subir certains processus régressifs et l'on retrouve alors, à la place des foyers de ramollissement, divers produits scléreux, crétacés ou conjonctifs.

9. *Hypertrophie.* — L'hypertrophie cérébrale est une lésion rare dans l'alcoolisme chronique; son individualité pathologique est, du reste, encore loin d'être établie d'une façon même approximative; le cerveau peut sembler hypertrophié par suite des nombreuses lésions dont il est le siége, telles que hydrocéphalie, kystes, etc. Le véritable caractère de l'hypertrophie réelle est l'aplatissement des circonvolutions, la compression du cerveau dans la cavité crânienne, l'anémie et la sécheresse du tissu cérébral. Il n'est pas irrationnel d'admettre que les excès alcooliques, par suite de la suractivité qu'ils impriment à la circulation, puissent amener un certain degré d'hypertrophie, quand ils ne sont pas

assez prononcés pour amener d'autres désorganisations; mais il y a dans cette considération plus de théorie que d'observation.

10. *Atrophie.* — L'atrophie cérébrale a été mieux étudiée et se trouve être beaucoup plus réelle; elle peut être générale ou partielle, essentielle ou symptomatique. Dans ces derniers cas, elle est d'ordinaire plus ou moins partielle et accompagnée de divers états de ramollissements cérébraux; dans le premier cas, elle est plutôt générale et porte à la fois sur les deux hémisphères. On trouve le cerveau affaissé; il ne remplit plus la boîte crânienne; la dure-mère est plissée au-dessus des hémisphères; les circonvolutions anémiées s'écartent les unes des autres; les sillons qui les séparent, s'élargissent. Les ventricules sont dilatés et contiennent une abondante quantité de liquide; la couche corticale des circonvolutions est amincie et décolorée ou d'une teinte plus foncée; la substance blanche offre une coloration grissâtre ou jaunâtre; la matière cérébrale est plus dure, plus consistante; la substance grise est plus ferme et plus pâle, les vaisseaux sont dilatés; le cerveau est comme retracté et offre par place des vides, surtout le long des vaisseaux qui semblent renfermés dans des canaux creusés dans la substance cérébrale; les vacuoles sont, en général, remplies de liquide séreux jaunâtre.

L'atrophie partielle a d'ordinaire une autre signification; elle se présente, soit sous forme de plaques jaunes qui ont pour origine un ramollissement, soit sous forme de kystes qui ont pour origine un foyer hémorragique, soit enfin sous forme de plaques sclérotiques. Il est des cas plus rares où la substance cérébrale a simplement disparu par place sans que l'on puisse trouver l'origine de cette modification.

Altérations de la moelle épinière. — Les altérations anatomiques de la moelle épinière n'ont pas encore été suffisamment étudiées dans leurs rapports avec l'alcoolisme; si les affections bien définies des cordons médullaires sont peut-être moins fréquentes que celles du cerveau, les désordres circulatoires et nutritifs semblent exister tout aussi fréquemment; mais leurs expressions symptomatologiques ne sont pas encore bien établies.

La dégénérescence granulo-graisseuse des vaisseaux, de même que leur état athéromateux, se rencontre dans le canal médullaire tout aussi bien que dans le cerveau, peut-être un peu moins fréquemment. La dilatation des vaisseaux et l'état congestif n'y sont pas rares ; on retrouve encore assez bien l'épaississement des méninges avec épanchement sanguin ou séro-sanguinolent entre les mailles de la pie-mère. Leyden a constaté des hémorragies méningées avec pachyméningite spinale, œdème des membranes, de l'hydrorachis, etc., etc. ; mais jusqu'ici les symptômes produits par ces différents désordres, n'ont pu encore être convenablement individualisés dans ce grand ensemble de phénomènes qu'on appelle l'alcoolisme cérébro-spinal chronique.

Différentes formes d'alcoolisme cérébro-spinal. — Après avoir décrit dans leurs manifestations les plus diverses, les nombreux symptômes qui caractérisent l'alcoolisme cérébro-spinal, il nous reste, travail peut-être plus important et plus instructif, mais aussi plus difficile, à en décrire les diverses formes cliniques. Il est peu de processus morbides qui donnent lieu à une variété de modalités plus grande que l'alcoolisme chronique. Il ne saurait, du reste, en être autrement, quand on songe aux nombreux facteurs qui interviennent dans la constitution des formes définitives où

le tempérament, l'hérédité, l'idiosyncrasie, les affections antérieures comme les affections existantes ont chacune leur part d'intervention. Mais la diversité presque infinie des nuances peut se réduire aux formes que nous avons établies au début de ce chapitre, et dont nous allons essayer d'esquisser à grands traits les modalités cliniques. Il est bien entendu que nous ne considérerons ici que les formes à l'état de simplicité, telles qu'elles ne se présentent peut-être pas toujours à l'observateur, mais telles qu'elles existent en réalité, en dehors de toutes les complications délirantes ou autres qui peuvent en modifier l'aspect, et qui seront décrites ultérieurement.

1re *forme*. — *Dégénérescence alcoolique*. — C'est la forme primitive la plus simple; on la désignait jadis sous le nom d'*inhumanitas* et de *ferocitas ebriosa*, appellation qui ne lui convient guère; le mot de démence alcoolique nous paraît tout aussi impropre, parce que cette forme conserve presque toujours à l'alcoolisé toute sa lucidité. Nous préférons le mot de dégénérescence alcoolique, expression qui implique réellement cette dégradation morale progressive qui nous semble caractériser notre première variété d'alcoolisme chronique; une fois qu'elle a apparu, elle persiste d'ordinaire en s'aggravant pendant toute la vie du buveur. Pour le vulgaire, c'est à peu près l'ivrognerie véritable, non celle qui consiste à boire souvent et beaucoup, mais celle qui modifie le caractère, les penchants et les instincts, tout l'être moral, en un mot, du malheureux ivrogne. C'est la forme la plus importante au point de vue médico-légal, parce qu'elle se trouve sur la limite de la raison et de la folie, et que jusqu'ici les aliénistes sont loin d'être d'accord au sujet de la responsabilité des actes qui peuvent se produire sous son influence.

Elle est principalement caractérisée par l'affaiblissement et la perversité des facultés morales et affectives et par des troubles de la sensibilité morale; le sentiment esthétique se perd insensiblement; le sens moral se pervertit et s'use; une insouciance morale et affective extrême, une inertie et une apathie remarquables constituent bientôt le fond du caractère; en même temps apparaît une irritabilité extrême ou une émotivité exagérée, avec des dispositions morales bizarres et étranges. De là, le changement de caractère qu'éprouve l'ivrogne qui devient mauvais, méchant, brutal, grossier. Les accès d'exaltation cérébrale et d'excitation motrice sont loin d'être rares, provoqués tantôt par de simples causes morales, tantôt par de nouveaux excès; les diverses manifestations de l'ivresse pathologique apparaissent fréquentes.

Le trouble des facultés intellectuelles proprement dites est presque insignifiant. Ce n'est, en général, qu'après une assez longue durée que l'intelligence s'alourdit et s'abêtit; l'activité et la spontanéité semblent faire place à une passivité progressive; les perceptions deviennent plus lentes; le fonctionnement intellectuel plus difficile. Un air d'hébétude, de torpeur s'empare de tout l'être alcoolisé, mais l'intégrité intellectuelle elle-même ne souffre que beaucoup plus tard; et encore dans ces cas, la démence fait-elle des progrès excessivement lents.

Ce n'est, en un mot, qu'une véritable démence morale, et qui présente encore des caractères assez particuliers. La description détaillée que nous en avons donnée dans la partie générale de ce chapitre nous dispense de nous étendre plus longuement sur ce sujet, et les observations qui vont suivre, en feront du reste, encore mieux connaître la nature.

Les troubles de la sensibilité générale et spéciale sont d'ordinaire peu marqués; souvent inappréciables, ils se résument le plus souvent, soit en quelques phénomènes d'hyperesthésie, de fourmillements, engourdissements, crampes dans les membres, soit dans de la céphalalgie fugitive, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles. Ce n'est que plus tard que l'on voit apparaître quelques phénomènes anesthésiques, comme obtusion de la sensibilité physique et affaiblissement de la vue.

Les désordres de la motilité n'ont pas beaucoup plus d'importance : le tremblement est un phénomène assez fréquent, mais il n'est guère prononcé et peut manquer; la parole est souvent tremblotante, parfois hésitante; la force musculaire est affaiblie.

Arrivé à la période d'état de la dégénérescence alcoolique, le malheureux qui en est atteint, présente tout l'aspect d'une dégradation morale excessive. « Obtus, grossier, abruti; son sens moral, sa sensibilité, ses instincts de dignité et de respect de soi-même émoussés, il est indifférent aux misères qu'il cause, aux larmes et aux prières de sa famille dont il fait la ruine, aux reproches que lui méritent ses désordres et les délits qui en sont la suite; oublieux de tous ses devoirs et répugnant à tout travail, cynique dans sa conduite et grossier dans ses propos, sans-souci de l'avenir, il ne pense qu'à satisfaire, dans les mauvais lieux et au sein des sociétés les plus crapuleuses, sa passion pour la fainéantise, la débauche et la boisson. A ce degré, l'hébétude et la stupeur sont peintes sur sa physionomie; son facies porte généralement le stigmate du vice qui le consume et la trace de ses débauches et de ses fatigues nocturnes; sa parole est hésitante, bredouillée, pâteuse; ses muscles sont animés de

tremblements caractéristiques ; ses mouvements sont incertains ; sa mémoire se perd ; ses conceptions intellectuelles sont lentes et de plus en plus bornées, son humeur irritable. Vient-il à faire un excès plus fort que de coutume, lui refuse-t-on de l'argent, l'irrite-t-on par de justes reproches, il s'emporte, vocifère, et des actes de violence ne tardent pas à suivre ses menaces. Redevenu plus calme, il n'éprouve aucun remords de ce qu'il vient de faire et reprend son insouciance accoutumée. »

Cette forme d'alcoolisme est toujours primitive; elle ne survient qu'à la longue et insensiblement à la suite d'excès alcooliques longtemps prolongés et persiste d'ordinaire pendant toute l'existence du buveur.

Observation XII. — L..., célibataire, sans antécédents héréditaires, n'a jamais eu de maladies graves ; il est gai, causeur, bon enfant. A 20 ans, il fait un premier terme de milice, assiste à la guerre de 1870 et passe caporal. Pendant un second terme comme remplaçant, il est nommé sergent, puis est cassé de son grade à cause de ses habitudes invétérées d'ivrognerie; c'est un homme brutal, ivrogne et indiscipliné (renseignements fournis par son colonel). Rentré dans sa famille, au lieu de l'aider par son travail, il mène une vie de fainéant, s'enivrant chaque fois que l'occasion s'en présente.

Le père reproche à son fils ses habitudes de paresse et d'ivrognerie, lui refuse l'argent que celui-ci réclame; de là, chez L..., une profonde irritation qui se fait jour par des menaces proférées contre ses parents et, à deux reprises différentes, il s'oublie en pleine auberge, jusqu'à porter la main sur son père. Certains autres faits bizarres sont encore signalés. L... qui fréquentait les auberges, oubliait quel-

quefois de prendre la chope qu'on lui avait servie, et partait, agissant ainsi comme un homme égaré. D'autres fois il sortait pendant la nuit, soit en sautant par la fenêtre, soit en passant par la porte, allait se promener dans le bois ou dans le village, puis rentrait le matin, crotté et mouillé; une nuit il s'était mis à chanter durant environ deux heures devant la maison pendant un très mauvais temps. Une autre fois, après une altercation qu'il avait eue avec son père, L..., ayant un air égaré, sort et rencontre un enfant qui portait un arrosoir; il le lui arrache des mains, se met à le jeter en l'air et finit par le briser, sans faire le moindre mal à l'enfant.

Deux faits indiquent chez L... une grande irritabilité et même une tendance à se porter à des actes de violence. Un jour, il entre à la brasserie où était son père et lui tapant sur l'épaule sans lui faire de mal, lui dit : « j'aurai ta peau. » Une autre fois, L..., se trouvant dans une auberge où on ne voulait pas lui servir à boire, par suite de la défense faite par son père, se précipite sur celui-ci et l'empoigne par ses vêtements.

C'est dans cette situation morale que L... tenta d'assassiner son père. Un soir, sans être pris de boisson, il alla droit à la porte de la chambre de celui-ci, brisa, pour l'ouvrir, d'un coup de pied, le panneau intérieur, et s'avançant alors, sans proférer une parole, jusqu'au lit de l'auteur de ses jours, il frappa le vieillard de trois coups de couteau, se précipita vers le lit de sa mère pour la frapper à son tour, et comme elle s'était enfuie, il assouvit sa fureur en enfonçant à plusieurs reprises, son couteau dans les objets de couchage; cela fait, il alla tranquillement se coucher.

L... s'était cru, et cette opinion n'avait aucun fondement

sérieux, frustré de sa part d'héritage et créancier de son père d'une certaine somme d'argent, dont celui-ci aurait refusé le remboursement. Ces idées imaginaires l'avaient entretenu dans un état d'irritation continuelle contre lui, alors qu'autrefois, avant sa maladie, il était fils soumis et obéissant. L'alcool et les habitudes d'ivrognerie contractées par L... ont donc eu pour résultat d'obscurcir son intelligence et de le mettre dans un état d'hébétude et d'engourdissement. C'est une circonstance fortuite qui a armé son bras. Quand il arrive à son domicile, ses parents sont couchés, leur porte est fermée en dedans; ce simple fait le met en fureur; la sourde irritation qui couve en lui, éclate, il enfonce la porte et commet l'horrible attentat. Tout a été instinctif, instantané; L... a frappé, et frappé au hasard, et quand son père et sa mère se sont échappés, au lieu de les poursuivre, il a plongé son arme à plusieurs reprises dans les objets de couchage. C'est un exemple d'impulsion subite, irrésistible, telle qu'on l'observe souvent chez les alcoolisés; et ce qui complète l'analogie, c'est qu'aussitôt le crime commis, L... subit comme une détente; il va, comme si rien ne s'était passé, se reposer sur son lit, ne songeant ni à fuir, ni à se cacher. L... est, du reste, sujet à des impulsions soudaines, à des paroxysmes de fureur : la preuve en est dans ce fait que, furieux d'être mis à la porte d'un cabaret où il avait injurié son propre père, il assouvit sa rage en cassant l'arrosoir que portait un enfant inoffensif passant à côté de lui; il en est de même quand il épuise sa fureur en criblant de coups de couteau le matelas de sa mère.

L... est d'une taille moyenne, d'une bonne constitution; il est vigoureux et bien portant. Ce qui frappe d'abord, c'est l'attitude d'absolue indifférence pour tout ce qui l'entoure.

Dans le quartier où on l'a placé, L... ne parle à personne, ne demande jamais rien et reste toute la journée immobile dans un coin, ou bien se promène, les mains dans les poches, sans lever les yeux. Quand on l'interpelle, il répond aussi brièvement que possible et par simples monosyllabes, et pour peu que l'entretien se prolonge, il paraît ennuyé. Le regard est vague, incertain; la physionomie sans expression; le sommeil est paisible et régulier. L... mange de fort bon appétit et se soumet passivement à toutes les exigences de la discipline intérieure; il répond convenablement et assez régulièrement aux questions qu'on lui adresse. Mais le fait qui frappe le plus, c'est son insensibilité morale absolue. On a beau lui représenter l'énormité du crime qu'il a commis, essayer de réveiller en lui un sentiment de remords ou seulement de regret, l'on n'a jamais rien pu en obtenir. L... ne se rend pas compte de la gravité de son acte; il ne cherche pas à l'excuser; quand on lui en parle trop longtemps, il s'impatiente et finit par dire, qu'après tout, son père l'agaçait. Jamais, du reste, L... n'a demandé des nouvelles de sa famille; son père et sa mère sont venus le voir; il les a reçus avec la plus parfaite indifférence, répondant à peine à leurs questions et leur demandant seulement si les foins étaient rentrés, à quand la moisson, et s'ils pensent qu'il sortira bientôt.

Malgré cette insensibilité morale et peut-être à cause d'elle, L... est fortement irritable et prompt à s'emporter pour les motifs les plus futiles; la moindre contradiction l'irrite; il se fâche quand on lui parle de son crime, il se fâche encore quand on lui dit qu'il ne peut sortir de l'asile. Il est, en outre, sujet à des impulsions soudaines, à des paroxysmes de fureur, témoin ce fait d'arracher des mains

d'un enfant inoffensif et qui ne le regardait même pas, un arrosoir et de le briser en morceaux (1).

Observation XIII. — L..., âgé de 27 ans, est d'un tempérament nerveux et d'une assez bonne constitution ; il a le teint pâle, mais paraît jouir d'une santé parfaite. Le regard est vague ; les doigts présentent un tremblement fibrillaire facile à reconnaître ; la langue est le siége du même tremblement, mais moins prononcé et pour ainsi dire intermittent ; il existe de l'analgésie sur toute la surface cutanée ; on peut le pincer et le piquer sans qu'il accuse de la douleur.

Ce jeune homme se présente à nous sans paraître ni gêné, ni embarrassé ; il répond avec une indifférence extrême aux différentes questions qu'on lui adresse sur son nom, son âge, sa profession, les divers incidents de sa vie ; ses réponses sont peu précises, les dates approximatives ; nous ne pouvons obtenir de renseignements précis, positifs, ni sur l'époque à laquelle il a quitté le service militaire, ni sur les motifs de ce renvoi anticipé. Il raconte, sans qu'il puisse en donner la date exacte, le fait pour lequel il a été mis en prison et qui se résume comme suit : se rendant aux champs où travaillait son père, il fit à celui-ci, et d'un ton de mauvaise humeur, quelques observations au sujet du travail qui lui avait été réservé ; mais son père l'ayant laissé libre de choisir son occupation, il se met, comme lui, à briser des mottes avec un boucard. Dix minutes à peu près s'étaient écoulées, lorsque tout à coup, et sans qu'ils eussent échangé une seule parole, L... qui était placé derrière son père, le frappa à la tête avec l'instrument qu'il tenait à la

(1) *Rapport médico-légal sur l'état mental de L..., inculpé de parricide,* par GIRAUD (in *Annales médico-psychologiques*, mars, 1876). Résumé par l'auteur.

main ; et, pendant que sa sœur donnait des soins au blessé, il s'éloignait rapidement. Il revint le lendemain chez ses parents pour chercher ses outils et s'approcha de son père au moment où l'on pansait la blessure que celui-ci avait reçue à la tête. Quelqu'un lui ayant fait des reproches sur cet acte de violence, L... répondit : « c'est bien la peine pour si peu de chose, » et il quitta la maison.

Toutes les réponses qu'il nous adresse sont faites avec une grande indifférence, sans qu'il paraisse se douter de la gravité de sa situation ; tout en répondant, il se frotte la tête, lève les bras, baille ; une fois il s'est interrompu, mais sans affectation, pour demander au chef-gardien à changer de vêtements ; une autre fois, il a demandé à s'en aller. Dans ces derniers temps, il a écrit une lettre à son père, et sans même faire allusion au malheur qui lui est arrivé, il lui demande de l'argent pour acheter des vivres et du tabac.

Les auteurs du rapport établissent les conclusions suivantes :

1° L... présente, au point de vue physique, un tremblement fibrillaire des muscles des doigts et de la langue ; de l'analgésie de la peau, des troubles de la motilité et de la sensibilité, suffisants pour caractériser, étant donnés les antécédents, une intoxication alcoolique ;

2° Au point de vue de l'intelligence et de la sensibilité morale, il offre une sorte de dépression des facultés, se traduisant par l'affaiblissement de la mémoire, du jugement, la lenteur des conceptions, la perte de la sensibilité affective, une indifférence absolue, l'insouciance de sa situation. L... se comporte en effet, dans la prison, comme s'il était chez lui et comme s'il n'était pas sous le coup d'une grave accusation.

Si l'on considère que L... a eu, il y a quelque temps, un véritable accès de délire alcoolique, l'on pourra affirmer que dans le moment actuel il est atteint d'alcoolisme chronique (1).

Observation XIV. — Émile Hacquin, connu par ses habitudes d'intempérance et ses emportements contre divers membres de sa famille, frappait mortellement son fils d'un coup de couteau.

Émile Hacquin ne compte pas d'aliénés dans sa famille ; son père est emporté et quelque peu lunatique ; son frère est bizarre. Lui-même, tout en buvant volontiers, avait eu une conduite convenable, jusqu'à l'époque où une épreuve morale vint ébranler sa constitution psychique et le porter à augmenter les excès de boissons, au point d'en faire un ivrogne complet. Il devint alors querelleur, maussade, injuste envers les siens, quoique restant assez maître de lui-même pour dissimuler au dehors ses habitudes et ses emportements. Le docteur qui le soigna déclare qu'il a le moral affaibli parfois jusqu'à l'aberration; ainsi, alors qu'il était entouré des soins les plus prévenants et les plus affectueux de sa famille, il s'emportait hors de raison contre les personnes en sa présence, les qualifiant de gredins, de canailles et autres injures; c'étaient comme des lubies qui lui passaient par la tête; c'étaient des emportements de colère, que l'on ne m'expliquait pas vis-à-vis des membres de sa famille. Le caractère de Hacquin, ses excès, ses colères contre les divers membres de sa famille et ses tracasseries envers les clients faisaient un véritable enfer de sa maison. Le fils surtout était l'objet de ses colères, et, après le départ de celui-ci, il se livrait

(1) État mental de L... Alcoolisme chronique. DELACOUR, BRULÉ, LAFFITE, *Annales médico-psycholog.*, juillet 1878. Résumé par l'auteur.

contre les autres enfants aux mêmes emportements et commettait toutes sortes d'excentricités. « Il y avait chez lui un certain temps d'exaltation, suivi d'un autre temps de calme. Pendant quinze jours parfois, son agitation durait presque jour et nuit; il n'avait point de repos et tous ses actes particuliers étaient déraisonnables; il était d'une contrariété insupportable, s'en prenait à sa famille, à ses chiens, à ses voisins; il jouait de l'accordéon pendant des jours et des nuits; une fois il jouait du cor de chasse, de manière à ennuyer tout le voisinage; d'autres fois, nous nous relevions au bruit qu'il faisait chez lui, de manière à faire croire au feu; une autre fois, il arrachait des orties sur le cimetière par une pluie battante; une autre fois, il singeait tous mes gestes, faisant du bruit avec le volet ou avec un maillet, et se vantait de faire plus d'ouvrage que moi; un autre jour encore, il jeta sa casquette à terre chez moi, et aussitôt il me demanda où était sa casquette; je la lui montrai, il voulut me la faire ramasser et y employa des menaces. Je consentis à la reprendre et à la lui remettre, à cause de mon désir de le calmer; il n'eut pas plutôt sa coiffure entre les mains, qu'il m'en porta un coup dans le visage, de manière à me contusionner la figure. Après un certain temps de cette agitation, il était ordinairement malade, et pendant quelques jours il se trouvait dans un état de prostration, puis le calme semblait lui revenir. »

Mme Hacquin songea à envoyer son mari dans un asile d'aliénés pour éviter un malheur que ses menaces et ses colères lui faisaient sans cesse redouter. Hacquin n'était pourtant pas toujours aussi surexcité; il offrait dans ses abus comme dans ses surexcitations des paroxysmes auxquels succédait un calme relatif. Depuis quelque temps,

ses agitations ne connaissaient plus de borne et sa colère s'exhalait contre son frère; le sommeil devenu très rare ne pouvait même interrompre cette exaltation qui continuait à se manifester par des menaces.

Tel était, jusqu'à l'époque fatale, l'état mental de l'inculpé; le jour du crime, dès son lever, il s'était installé dans la cuisine, en face d'une table, assis sur une chaise que l'état de faiblesse de ses membres inférieurs ne lui permettait pas de quitter facilement, ne cessant de vider son verre et de maltraiter indistinctement les personnes qui l'abordaient. Cependant, quand il vit son fils qui venait d'entrer, sa colère ne connut plus de bornes, et il lui adressa les plus violentes apostrophes. C'est à ce moment que le fils s'étant approché du père pour l'arrêter dans ses débordements et lui reprochant sa conduite, se sentit si violemment frappé qu'il eut à peine la force de sortir. Après l'événement, l'inculpé, nullement affecté de l'acte qu'il vient de commettre, et dont il ne se défend pas un seul instant, fait preuve d'une grande indifférence; en état d'arrestation à l'école communale, il montre une insensibilité que l'on ne peut qu'attribuer à un complet abrutissement; avec une insouciance puérile, il prend de la craie et fait le simulacre de poser les chiffres d'une multiplication; on l'entend faire des calculs à haute voix; il reste complètement insensible aux reproches; ne s'émeut pas même quand on l'appelle Troppman, ivrogne; en parlant de son fils, il dit : « c'est de sa faute. »

Plus tard, Hacquin se présente dans l'attitude d'un homme profondément abruti par l'abus prolongé des boissons alcooliques; son corps plié en deux se soutient difficilement sur ses jambes, qui paraissent ne pas pouvoir en supporter le poids, et ce n'est qu'avec peine qu'il parvient à

faire quelques pas. La physionomie est impassible, la voix rauque; pas la moindre animation dans les traits; la face est rouge, congestionnée, l'œil éteint, les pupilles sont contractées.

La décadence intellectuelle est des plus prononcées; les idées sont obtuses et l'expression d'une lenteur qui dénote une conception difficile et paresseuse. La sensibilité morale est également émoussée et il faut stimuler vivement le malheureux pour retrouver quelques traces du sens émotif dans cette nature profondément engourdie. Il n'y a pas jusqu'à l'organisme tout entier qui ne participe à cet état d'engourdissement. Assis sur une chaise, Hacquin passe la journée dans un état d'immobilité absolue, sans manifester le moindre besoin d'activité; il paraît à peine s'inquiéter de sa nouvelle situation et reste indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Il se rend cependant compte de sa situation, se rappelle de ce qui s'est passé et répond assez raisonnablement aux questions qu'on lui pose. Parfois pendant ses interrogatoires, il s'anime; sa parole devient moins embarrassée, plus brève; il a des mouvements d'impatience, mais pas la moindre trace d'émotion. Le sommeil est souvent troublé; parfois le patient s'anime et parle tout seul; il n'existe ni hallucinations, ni frayeurs.

A ces désordres psychiques viennent s'ajouter des désordres de nature somatique et consistant en troubles digestifs, inappétence, dyspepsie, vomissements pituiteux le matin, un tremblement dans les membres supérieurs si prononcé, que le matin le patient ne peut plus les porter à ses lèvres sans renverser le contenu des vases qu'ils tiennent. Il éprouve aussi comme des crampes, des secousses dans les bras, une paralysie des extrémités inférieures sous forme de paré-

sie; le malade conserve la faculté de mouvoir les jambes, mais la faiblesse est extrême; la vision est compromise et il existe une amaurose ambliopique évidente.

Tout concourt donc à faire considérer Hacquin comme un alcoolisé dipsomane, et l'acte qu'il a commis le fait ranger parmi les alcoolisés à réaction maniaque (1).

La forme de dégénérescence alcoolique se complique souvent de la seconde variété que nous allons examiner plus loin, le type hallucinatoire, tout en conservant son individualité propre et ses caractères particuliers. L'observation suivante en est un exemple :

Observation XV. — Hilz, 50 ans, propriétaire. Ses parents sont adonnés à l'ivrognerie; de douze enfants, deux seuls survivent; ce sont des personnes colériques, brutales et se livrant, comme les parents, à des excès alcooliques.

Hilz est ivrogne depuis sa jeunesse. Déjà en 1871, quand il épousa une femme de mauvaise vie, les facultés morales comme les facultés intellectuelles laissaient beaucoup à désirer. Dans ces dernières années, il s'adonna de plus en plus à l'ivrognerie; depuis lors, la santé physique comme la santé psychique déclinèrent et le moral se pervertit. Hilz tenait les propos les plus indécents, traitant sa femme de p..., en présence d'une nombreuse assistance, lui mettait la main sous les jupes et excitait ses camarades à se servir d'elle sous prétexte qu'il était lui-même impuissant; il brutalisait et allait même jusqu'à molester ses serviteurs.

Hilz abandonna bientôt ses occupations, courant de cabaret en cabaret; il ne dessoulait pour ainsi dire plus, buvant même pendant la nuit entière, de manière à être ivre déjà

(1) Affaire Hacquin. *Rapport médico-légal*, par DAUBY (in *Annales médico-psychologiques*, janvier 1875), résumé par l'auteur.

dès la première heure. La mémoire, et surtout la mémoire récente, s'affaiblit; le patient devint d'une sensibilité excessive à l'alcool.

Hilz est de jour en jour plus brutal, plus irritable et plus excité; quand il est ivre, il a l'habitude de tout casser et de tout briser; son ivresse revêt chaque jour un caractère de plus en plus anormal et pathologique; il crie, gesticule, injurie, pleure, parle sans raison, brisant tout ce qui lui tombe sous la main et menaçant son entourage avec un couteau ou un révolver de sorte que chacun a peur de lui.

Depuis quelques années, l'on voit apparaître, surtout le soir et pendant la nuit, ou bien au réveil du matin, divers désordres sensitifs et sensoriels; le malade sent son lit danser, voit des formes sombres traverser les airs et passer devant ses yeux; aperçoit des oiseaux, des souris, des rats, des chats, des chiens voleter autour de lui. Les oreilles sont le siége de bruissements, de tintements, de bourdonnements; entend du bruit et ne parvient qu'avec peine à se persuader que tout cela n'est qu'illusion. Le sommeil est mauvais; en s'éveillant, le patient est couvert de sueurs.

Le 29 décembre, il fait toute la journée une forte consommation d'alcool; il est colérique, excité, ivre. Rentré chez lui, il réclame de sa femme une portion de lait battu; comme son épouse n'a pas sous la main le liquide demandé, son mari se met dans une colère terrible, tire deux coups de révolver dans le mur, et quand sa femme essaye de le satisfaire, il lui envoie une balle dans le corps. Une fois qu'il la voit s'affaisser, il revient quelque peu à lui, est pris d'une grande frayeur et veut se pendre. Le souvenir de son exploit ne lui revient que très confusément et comme dans un rêve; il prétend n'avoir voulu qu'effrayer et non tuer sa femme.

Soumis à un examen médico-légal, il apparaît comme un homme profondément dégradé, au point de vue moral aussi bien qu'au point de vue intellectuel; il ne s'inquiète aucunement de l'avenir et n'éprouve aucun regret de l'acte qu'il a commis. Le facies est stupide, hébété; la langue tremble; la peau est jaunâtre, sâle; la force musculaire affaiblie; la face rougeâtre, les capillaires dilatés, les yeux cernés indiquent suffisamment l'alcoolisé chronique; un côté de la figure est plus affaissé que l'autre; les bras et les jambes sont le siége d'un léger tremblement; la sensibilité est intacte. Le pouls est faible, assez lent; les battements du cœur sont sourds, la matité précordiale légèrement augmentée; le foie dépasse le rebord costal; l'appétit est faible, les selles rares. Le patient se plaint de céphalalgie, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles; il existe un léger catarrhe bronchique. Le sommeil est mauvais et troublé par de fréquents réveils et des rêves effrayants.

Le régime et la privation des alcooliques améliorèrent cette situation, mais le patient conserva sa faiblesse intellectuelle et surtout morale, restant dans l'impossibilité de se conduire convenablement lui-même. Autorisé un jour à se promener avec sa femme, il réclame d'elle le devoir conjugal dans le fossé bordant une des promenades les plus fréquentées de la ville, ce qui suffit à prouver son affaiblissement moral. (Alcoolisme chronique avec perversion des facultés morales et du caractère. *Inhumanitas et ferocitas ébriosa*) (1).

Les observations qui précèdent donneront une idée très exacte de la symptomatologie de la dégénérescence morale alcoolique; dans sa forme type, elle est caractérisée d'abord

(1) KRAFFT-EBING, *Lehrbuch der Psychiatrie*, t. III, p. 173. Traduction et résumé de l'auteur.

par la démence morale, la perversion du caractère, l'irritabilité, des périodes de réaction maniaque, l'apparition de l'ivresse pathologique ; puis insensiblement par de la démence intellectuelle qui revêt la forme de l'hébétude et de l'abrutissement.

La dégénérescence alcoolique est plus fréquente chez les buveurs héréditaires ; elle peut persister en s'aggravant insensiblement pendant de longues années et finit souvent par se compliquer de lésions viscérales qui conduisent l'ivrogne à l'hôpital où il finit ses jours. Avec le temps, elle amène à sa suite la démence alcoolique et, plus rarement peut-être, la paralysie alcoolique.

2e *forme*. — *Alcoolisme chronique hallucinatoire*. — Son caractère dominant est le délire sensoriel, qui donne à la scène morbide sa physionomie particulière, sans cependant en constituer l'élément principal ou, du moins, le fonds morbide. C'est plutôt un épiphénomène, d'une durée assez courte, paraissant et disparaissant sous l'influence des causes les plus légères ; parfois cependant il revêt une véritable acuité, devient continu, s'accompagne d'un délire actif et constitue alors le véritable accès de delirium tremens.

C'est d'ordinaire dans la sphère de la sensibilité physique que se dénotent les premiers symptômes de cette forme de l'alcoolisme, qui se caractérisent par des phénomènes dysesthésiques de la sensibilité générale : tels qu'un sentiment d'inquiétude et de malaise général ; des engourdissements, des picotements, des fourmillements, puis bientôt des tiraillements, des élancements douloureux, des sensations bizarres, comme celles d'un animal rampant sous la peau, phénomènes qui apparaissent à des périodes variables, le plus

souvent vers le soir au moment de se mettre au lit, et qui sont alors provoqués par des changements de température, parfois par des émotions morales. Limités d'abord aux pieds et aux mains, ces désordres gagnent peu à peu les malléoles et les poignets, puis les parties moyennes de la jambe et de l'avant-bras, enfin les genoux et les coudes, qu'ils dépassent rarement.

Ces dysesthésies s'accompagnent bientôt d'hyperalgésies et d'analgésies. Les premières sont limitées ou générales, spontanées ou provoquées; on peut les observer le long de tous les nerfs; elles se traduisent d'abord par un état d'inquiétude douloureux et erratique, puis se manifestent par des sensations de brûlure et de tension, et enfin, par des élancements douloureux qui arrachent des cris au malade. L'analgésie se manifeste par une diminution de sensibilité à la douleur, quelquefois, mais plus rarement, par une abolition complète de toute sensation; elle est d'ordinaire limitée à la peau et occupe de préférence les extrémités inférieures; on la trouve moins souvent généralisée; les sensations de température continuent d'être perçues, mais moins vivaces qu'à l'état normal.

Les organes des sens ne tardent pas à éprouver des modifications à peu près analogues. Les vertiges sont les premiers phénomènes qui apparaissent de ce côté; c'est surtout le matin que le malade en est atteint; tantôt tout tourne autour de lui; tantôt instantanément tout devient noir devant ses yeux, ou bien le vertige est si prononcé que l'alcoolisé vacille et même tombe, s'il ne parvient à se soutenir à temps. Puis insensiblement la vision devient trouble, les objets tremblent devant les yeux; en même temps apparaissent des scintillations, des mouches volantes

ou autres sensations subjectives; des objets à contours indécis, d'abord lumineux, surtout rouges ou jaunes, ensuite opaques, apparaissent devant les yeux, à des époques plus ou moins éloignées; plus tard, ce sont de véritables hallucinations. Des bourdonnements d'oreille, puis une faiblesse plus ou moins grande de l'audition se joignent aux phénomènes précédents; la diminution de la sensibilité gustative et olfactive est plus rare.

Du côté de la respiration, l'on remarque surtout au moment du lever, une sensation pénible de dyspnée, une gêne sternale semblable à celle que produirait un poids comprimant le thorax, ou une sorte de constriction laryngée qui s'oppose à l'introduction de l'air dans les voies respiratoires.

En même temps apparaissent, du côté de la motilité, des désordres caractéristiques et qui sont beaucoup plus prononcés dans cette forme que dans la précédente. Le tremblement des buveurs se manifeste d'abord le matin, au moment du lever, ou bien à la suite d'une contrariété ou d'une émotion morale un peu vive; bientôt il devient continu et s'exaspère sous l'influence des moindres causes; il passe des mains et des pieds aux bras et aux jambes, puis aux lèvres, aux muscles de la figure et enfin à la plupart des muscles du corps; de là, tous les phénomènes que nous avons déjà signalés et parmi lesquels la perte de la régularité des mouvements, la titubation et l'oscillation pendant la station, la difficulté de la marche, l'hésitation de la parole et la diminution des forces musculaires occupent la première place; les soubresauts de tendons, les tiraillements spasmodiques, les raideurs, les crampes plus ou moins douloureuses se rencontrent plus rarement.

Mais c'est surtout dans la sphère sensitivo-sensorielle que

se manifestent les phénomènes les plus saillants : le rêve d'abord, l'illusion ensuite, l'hallucination enfin deviennent le caractère évident de cette forme de l'alcoolisme chronique.

Le sommeil est, en général, difficile, pénible et traversé par de nombreux rêves d'un caractère triste, mais surtout étrange et terrifiant; ce sont d'abord de simples rêves, mais que l'alcoolisé distingue cependant de ses rêves ordinaires en disant qu'ils sont beaucoup plus naturels. Puis ce sont de véritables cauchemars; le malade ne voit que précipices, fantômes, monstres effrayants, animaux étranges, enfin apparaissent de véritables hallucinations de nature pénible, qui éveillent toujours des craintes de toute espèce et déterminent les impressions morales les plus variées. Ces désordres sensoriels, en tout semblables à ceux du délirium tremens, seront décrits plus amplement à l'article que nous consacrerons à cet épiphénomène de l'alcoolisme chronique. Ils commencent par se montrer pendant la nuit, et sont alors parfois confondus avec les rêves; puis c'est au moment où la veille succède au sommeil, ou inversement, qu'ils viennent tourmenter l'alcoolisé; finalement, ils apparaissent à tout instant du jour.

D'ordinaire fugitives, mobiles et passagères, les manifestations hallucinatoires sont d'autres fois plus tenaces; de nouveaux excès ou des causes morales en déterminent le plus ordinairement l'apparition. La sensibilité morale est presque toujours lésée; l'alcoolisé est inquiet, anxieux, effrayé; il n'est plus bien nulle part et cherche dans des déplacements continuels, un calme et une sécurité qu'il ne rencontre d'aucun côté; il se trouve presque toujours pourchassé par un sentiment vague qu'il ne sait bien définir lui-même et qui lui enlève tout repos réel.

Au milieu de ces phénomènes caractéristiques, le domaine intellectuel proprement dit est celui qui semble, en apparence, le moins atteint; mais un examen attentif ne tarde pas à faire reconnaître cette saturation alcoolique qui se manifeste, à un degré plus ou moins prononcé, par la dégénérescence alcoolique qui constitue notre première forme.

Dans cette variété, l'alcoolisé continue, en général, à vaquer à ses occupations ordinaires; au début, il conserve la conscience de son état morbide et sait parfois encore l'attribuer à sa véritable cause. Souvent, pour se donner la force et le courage qui lui manquent, il prend un surcroit d'alcool et ne fait ainsi que hâter l'apparition de ces épiphénomènes, delirium tremens ou folie alcoolique, qui ne sont qu'une véritable manifestation aiguë de son état chronique.

Mais la marche de notre variété n'est pas toujours aussi uniforme; sous l'influence de causes plus ou moins diverses, mais où l'hérédité semble tenir une certaine place, l'on voit survenir des périodes de suractivité hallucinatoire; les sentiments d'anxiété, de frayeur, d'angoisse atteignent leur paroxysme; l'esprit se trouble, la conscience disparaît, et l'alcoolisé traverse une véritable période de surexcitation maniaque transitoire, qui peut être plus ou moins violente et plus ou moins passagère, suivant le trouble du *sensorium commune*, mais dont l'hallucination est, en général, l'élément constitutif prédominant. Le désordre émotif a cependant sa part d'intervention dans l'accomplissement des actes qui en résultent.

C'est, du reste, l'hallucination qui est le phénomène le plus saillant de cette forme d'alcoolisme; seulement elle y revêt certaine modalité particulière qui la distingue, en général, des manifestations sensorielles de la folie alcoo-

lique proprement dite. Elle apparaît d'une manière plus épisodique, plus isolée, sous forme d'un trouble tout à fait transitoire; les hallucinations offrent cette particularité d'être peu nombreuses, quelquefois même uniques; plus rarement, elles sont plus nombreuses, plus cohérentes, sous forme d'un trouble sensoriel mieux combiné; elles laissent au malade une certaine présence d'esprit.

Leur invasion est d'ordinaire assez subite et les phénomènes qui les caractérisent atteignent en peu de temps leur summum d'intensité. Cependant certains phénomènes prémonitoires en annoncent l'invasion : c'est un état d'inquiétude, d'anxiété qui n'est pas ordinaire; c'est une mobilité excessive qui rend le malade inconstant, agité, ne sachant tenir en place; le caractère même se modifie; l'alcoolisé est plus sombre, plus morose, plus irritable; il y a d'ordinaire de l'insomnie ou du sommeil inquiet et agité.

Puis le trouble hallucinatoire apparaît ou s'augmente presque subitement, sous forme d'un raptus plus ou moins impulsif, avec frayeur et anxiété précordiale, bourdonnements d'oreilles et étourdissements, trouble et obscurcissement de la conscience; c'est un véritable état de demi-rêve, pendant lequel les hallucinations sont à peine conscientes, et qui laisse à sa suite immédiate une confusion intellectuelle extrême, mais dont le souvenir peut cependant revenir à la longue.

C'est dans cet état que, trompé par ses hallucinations terrifiantes, le malade, en proie à une frayeur aveugle, peut souvent commettre les plus déplorables comme les plus effroyables actes de violence.

Observation XVI. — Samsa, âgé de 36 ans est, comme du reste sa femme, buveur de vin et d'alcool; il souffre

depuis des années d'insomnie, de céphalalgie, de vomissements et de vertiges, surtout le matin au moment du réveil. Il devient de plus en plus brutal et irritable; malmène et maltraite sa femme qu'il menace même de mort.

Du 1er au 8 décembre, le mari et la femme paraissent avoir bu jusqu'à douze mesures de genièvre et se trouvent ivres presque tout le temps. Du 8 au 16 décembre, Samsa souffre de delirium tremens (frayeurs, anxiété, voit des processions d'hommes, de brigands, de saints, d'anges; il aperçoit des chats et entend de la musique).

Du 16 décembre au 4 janvier, Samsa n'a plus d'hallucinations, mais il se trouve faible, tremble, n'est pas capable de travail, voit un brouillard devant les yeux, dort mal, a des rêves pénibles pendant lesquels des brigands faisant effraction dans sa chambre, apparaissent devant ses yeux; il est vertigineux, a la tête étourdie, éprouve des bourdonnements d'oreilles; anorexie.

Le 4 janvier, il conduit son fils chez des parents éloignés de deux lieues; il boit environ un litre de vin, et encore deux ou trois quarts de litre pendant le retour. Au sortir du cabaret, il se sent la tête en feu, et n'a plus conscience de lui-même, ne sait plus qui il est; il se voit entouré d'une masse de chevaux, de bœufs, de filles; est pris de frayeurs, s'enfuit et après plusieurs heures, rentre épuisé à la maison.

Il est alors un peu plus présent, parle encore avec sa femme, boit quelque peu de vin et va se coucher. Au bout de quelques instants, il entend un grand bruit, des cris et des voix humaines, se lève, voit la fenêtre encombrée de brigands qui braquent sur lui leur carabine; une image passe devant ses yeux :

En proie à une violente frayeur, plus mort que vif, il

saute à bas de son lit et s'empare de son fusil chargé : alors sa conscience se trouble encore davantage; il sait bien encore qu'il entendit une faible détonation, qu'il vit à la fenêtre deux anges rougeâtres, et quand il approcha de ces deux apparitions, qu'il trouva sa femme ensanglantée; il appela alors au secours, criant que sa femme s'était suicidée. Sa servante s'aperçut encore d'un échange de paroles, puis le patient resta tranquille. Après une pause, elle entendit trois coups sourds, et ensuite la voix de la femme qui s'écriait : Jésus! Victor, que fais-tu; tu es de nouveau devenu fou. Sur ces paroles, le coup partit; la femme avait la tête percée d'une balle et ne vécut plus que quelques minutes.

Samsa avait dans l'idée que sa femme s'était elle-même tiré un coup de feu. Il se lamentait, courait de côté et d'autre, et faisait sur son entourage une pénible impression; on craignait qu'il ne se fît un malheur. Quand les gendarmes arrivèrent, vers 1 1/2 heure du matin, ils le trouvèrent assez présent, mais inquiet; dans sa déposition, il émettait l'idée que sa femme s'était tuée.

Samsa a la figure terreuse; le système veineux est développé, les yeux cernés; la marche est incertaine, les mains tremblent; le sommeil est agité et troublé par des rêves animés; il existe un catarrhe gastrique avec engorgement du foie et de la rate. Samsa se plaint de céphalalgie, de bourdonnements d'oreilles, de vertiges; il a souvent de l'anxiété précordiale; entend la nuit des sons musicaux, se parle à lui-même et tombe parfois comme évanoui. Pendant la journée, il est triste, silencieux, absorbé dans ses pensées; il ne montre ni chagrin ni émotion. La mémoire est faible, et les facultés intellectuelles ont subi un affaiblissement tout aussi évident.

Au début, Samsa continue à croire que sa femme s'est réellement suicidée en se tirant un coup de feu; il n'avait qu'un souvenir très vague et très confus du fatal événement. A la fin de février, il se trouve plus lucide, commence à se rappeler certaines phases de son trouble hallucinatoire, se prend à douter du suicide de sa femme et à croire que ce pourrait bien être lui qui l'aurait tuée dans un moment d'aberration sensorielle et émotive. Petit à petit, il en arrive à une appréciation exacte de la situation, et finit par ne plus présenter d'autre symptôme anormal qu'un léger affaiblissement de l'intelligence, une lenteur du pouls, un peu de tremblement des mains et de l'irrégularité dans le sommeil.

Les sensations subjectives se bornent à des bourdonnements d'oreilles, de la faiblesse de la mémoire; seulement le patient reste très sensible aux alcooliques et ne supporte plus même la plus petite quantité de vin (1).

Observation XVII. — Gessl, 41 ans, surveillant, est un buveur intrépide, chez lequel des abus antérieurs ont déjà produit une intoxication alcoolique évidente; il souffre de catarrhe stomacal et ne prend presque plus de nourriture.

Le 19, il se trouve mieux, mais reste encore faible; veut reprendre son service et boit un litre de vin.

Le soir à 8 1/2 heures, il devient inquiet et la tête s'alourdit; il remarque que des masses de monde s'assemblent dans la rue; leur aspect est menaçant; elles se tournent vers la prison avec des projets hostiles.

Gessl alors se rend à la garde, requiert deux soldats et arrête, au milieu de la multitude supposée, deux paisibles

(1) KRAFFT-EBING. *Lehrbuch der Psychiatrie*, t. III, p. 180; traduit et résumé par l'auteur.

passants, les entraîne, malgré leurs protestations, au bureau de police et fait son rapport sur ce qui s'est passé. A sa grande surprise, on relâche ceux qu'il avait arrêtés et on le prie de rentrer chez lui. Pendant son retour, il se croit menacé, poursuivi de figures sinistres et a toute la peine du monde à fuir. A la maison, il entend des voix menaçantes : « c'est lui, c'est l'homme noir. » Comme il craint d'être assassiné, il s'arme d'un couteau et d'une hache et fond sur la multitude qui l'entoure, jusqu'à ce que l'on parvienne à le désarmer. La nuit suivante, il est inquiet, anxieux et délire.

Le 20, au matin, il est sans fièvre; son regard est inquiet, sa figure congestionnée; la langue et les lèvres tremblent, le corps est couvert de sueurs; le pouls est ralenti, l'urine albumineuse; pendant la journée apparaissent des visions: rats, souris, etc.

Sous l'influence de 2,50 de chloral, il s'endort, en offrant quelques secousses convulsives et, après une bonne nuit, s'éveille le lendemain, très lucide; il se rend compte de ses erreurs délirantes relatives aux visions d'animaux, mais non de celles des brigands; il continue à affirmer qu'il a défendu la prison contre l'invasion et qu'il a vu ses collègues et les autres surveillants précipités et noyés dans le fleuve. Le sommeil s'améliore, mais des secousses convulsives apparaissent toujours au moment du coucher; plus d'hallucinations; irritabilité et excitabilité fort prononcées; le patient est sombre et morose.

Au bout de 14 jours, la situation pathologique a disparu et tout est rentré dans l'état normal (1).

Observation XVIII. — Thiel est depuis 3 années livré à l'ivrognerie dont la conséquence est une ébriété périodique.

(1) Krafft-Ebing. *Loc. cit.*. p. 179. Traduit et résumé par l'auteur.

Il est arrivé au point qu'une fois qu'il a commencé à boire de l'eau-de-vie, il ne peut plus cesser jusqu'à ce que, après 8, 14 et même 21 jours de durée, le paroxysme ébrieux se termine par une espèce de crise. Dans le commencement, les paroxysmes avaient produit un effet plus marqué sur ses facultés intellectuelles que sur son organisation physique. Les premières s'affaiblirent, s'émoussèrent au point qu'il passait auprès de ses camarades pour un homme qui a perdu la tête; plus tard, il éprouva de l'anxiété, des palpitations, de l'orgasme sanguin vers la poitrine.

Thiel, une fois adonné à la boisson, avait blessé les bonnes mœurs; dans l'ivresse, il n'était plus tranquille ; puis il commença à délirer, à éprouver des hallucinations, de sorte qu'un jour il s'écria, les yeux ouverts : « quel est cet homme, que me veut-il? Plus tard, les hallucinations devinrent plus manifestes. Ayant pris son fils sur les genoux et plaisantant avec lui, il crut entendre une voix intérieure qui lui dit : « tu as beau faire, il faut que ce garçon périsse, il faut que tu l'assommes. » Thiel fut aussitôt saisi d'une anxiété subite si extrême qu'elle fit trembler son cœur, et pour se délivrer de cette horrible pensée, il posa brusquement l'enfant à terre et quitta la chambre.

Plus tard encore, au moment où il contemplait son enfant, avec un sentiment de tendre affection, il crut entendre une voix qui lui dit tout bas : « il faut tuer ton fils. » Il frémit de lui-même, éprouva de violentes palpitations, une sorte d'oppression dans l'intérieur de la poitrine qui le fit sauter, plein de terreur, à bas de son lit et courir hors de la maison. Il commença à réciter des prières, s'occupa de divers travaux et fit son possible pour chasser l'idée funeste qui l'obsédait. Il réussit enfin à recouvrer sa tranquillité d'es-

prit, mais sa tristesse et son anxiété s'étaient prolongées pendant plus de six heures.

Le funeste événement dont il s'agit concorda avec la terminaison d'une période d'ivrognerie.

Une nuit, après avoir dormi quelque temps, Thiel s'éveilla tout à coup en proie à une anxiété si grande qu'il tremblait de tout son corps; il semblait qu'une voix intérieure lui disait : « Il faut maintenant que tu assommes ton enfant. » Comme jamais pensée aussi atroce ne lui était venue à l'esprit, il sauta à bas de son lit, porta vers le ciel ses mains jointes et dit à voix basse, en se promenant dans la chambre : « Grands Dieux! Seigneur Jésus, je dois tuer mon enfant! » Aucune voix intérieure ni extérieure ne lui répondit et il se recoucha.

Il était à peine recouché depuis quelques minutes que l'anxiété et le tremblement revinrent et que quelque chose d'inconnu répéta, mais plus impérativement que la première fois : « Assomme à l'instant même ton enfant. » Et il lui fut impossible de résister; il se leva aussitôt, alla chercher la hache et la porta vers le lit de son fils; en ce moment des larmes inondèrent sa figure, mais il lui fut impossible de reprendre ses sens; il leva sa hache et en donna avec le gros bout, trois ou quatre coups sur la tête de son fils; il ignore sur quels points, car il était privé de ses sens; il se rappelle seulement que les coups furent portés l'un après l'autre, de la hauteur d'un pied à un pied et demi, et qu'après chacun d'eux, son fils fit des mouvements violents, mais sans proférer une parole.

Lorsqu'il vit couler le sang, Thiel revint un peu à lui, reporta la hache là où il l'avait prise et alla réveiller sa fille aînée en lui disant : « Charlotte, lève-toi, appelle ta mère,

j'ai tué mon Charles avec la hache. Il mit sa culotte; mais ses sanglots et le tremblement de ses membres l'empêchèrent de la boutonner. A sa femme qui lui dit : ah mon Dieu, tu as assommé Charles, il répondit : « oui, cela est vrai. »

Il ne peut concevoir comment il a pu commettre un crime aussi atroce; mais il dit avoir éprouvé une anxiété, une agitation telle, un trouble si violent dans la tête et quelque chose de si irrésistible en lui, qu'il a été obligé d'exécuter l'action (1).

Observation XIX. — Jacques Georges, époux en secondes noces, devint administrateur des biens d'enfants mineurs, issus de son premier mariage; il n'eut que plus d'occasion et de moyens de se livrer à l'ivrognerie, sa passion favorite; son irritabilité s'en accrut d'autant; ses excès redoublèrent de même que ses violences envers les siens.

Le 17 décembre 1865, Georges paraît calme, se plaint d'être indisposé et boit assez bien, au point que sa femme veut s'opposer à la continuation de ses excès; il entre alors dans une colère terrible et quitte le domicile en engageant sa fille à l'accompagner.

Mais Georges monte alors à la chambre de sa belle-fille, se plaignant qu'on l'ait laissé seul et sans lumière. « Viens au moins, dit-il, m'allumer une lampe; je ne te ferai pas de mal. » Confiante, sa belle-fille descend. Bientôt sa belle-sœur l'entend crier : « Mon Dieu! laissez-moi!... Ma tante! venez à mon secours! » Celle-ci descend et trouve Georges accroupi, tenant sa belle-fille renversée sous lui et lui frappant, à coups redoublés, la tête contre le pavé. Elle saisit un bâton et essaye de toucher l'inculpé. « N'approche pas,

(1) MARCQ. *De la folie considérée dans ses rapports médico-judiciaires* Obs. 125, t. II, p. 618.

dit-il, ou je te tuerai. » Tremblante, elle s'enfuit. Quant à Georges, il court dans le village, en proie à la plus extrême exaltation, et se rend chez son frère. Là, il dit qu'il vient de tout briser chez lui, de tuer un homme ou une femme, et qu'il a eu bien de la peine à se défendre. Son exaspération inspire la plus grande crainte. « J'ai tué un soldat, dit-il ; j'ai eu bien du bonheur ; si je n'avais pas été le maître, j'étais perdu. »

Confronté avec le cadavre, Georges reste impassible et ne donne aucune explication.

L'inculpé est né d'une mère faible d'esprit et d'un père alcoolisé et qui avait des absences. Irritable et excentrique, il commença à s'adonner aux excès de boissons dès l'âge de 19 ans. En 1864, après une nuit d'insomnie, on le trouve un matin très agité, appelant au secours, disant qu'on voulait le prendre et cherchant dans le jardin la trace des pas de ses ennemis. Plusieurs jours de suite, la même conviction et la même agitation le subjuguent. Sous l'influence d'un régime sobre, il se remet, mais retombe rapidement et il arrive à offrir de l'exaltation furieuse qui laisse à sa suite de l'impuissance mentale. Il voit et entend toujours quelque chose, ne veut plus travailler, s'obstine à refuser des aliments. L'irritabilité, les extravagances, l'inaptitude aux ouvrages usuels continuent, et des violences envers sa famille obligent à songer à la collocation, qui n'a pas lieu.

Mais le malade continue sa vie ordinaire, commet des excentricités, divague, est souvent furieux et inabordable; il montre une indifférence singulière et parfois de l'hébétude; il a des hallucinations terrifiantes.

A l'examen, Georges montre une santé physique excellente; il mange et dort bien ; les autres fonctions s'exécu-

tent normalement. L'expression habituelle de la physionomie a quelque chose d'apathique; quelquefois congestion anormale et mouvements de la face qui indiquent l'irritation; toute l'attitude dénote un cachet d'insouciance. Pendant la durée de l'observation, Georges a conservé des allures nonchalantes, automatiques même; ainsi il reste assis apathiquement et se promène avec une nonchalance et une lenteur passive et machinale; est taciturne et n'adresse jamais la parole à personne. Il est calme habituellement, mais sa susceptibilité est grande et un rien l'irrite. Si on le presse trop de questions, il s'impatiente et répond aigrement; l'expression de sa physionomie montre qu'il est prudent de s'arrêter; le plus souvent l'animation cesse avec rapidité; la figure devient plus calme, l'œil plus naturel et l'automatisme d'habitude reparaît.

Le système locomoteur ne présente rien de particulier; il existe des hallucinations terrifiantes; il a vu le diable, dont il n'a pas peur; un jour, il prétend qu'on a voulu l'étrangler, qu'il a senti des mains sous lui. Les idées sont très incohérentes, principalement quand il s'aigrit; l'attention est lésée; la mémoire a subi une profonde obtusion; le patient semble avoir oublié le fait qui lui est imputé. Il dit invariablement venir de la prison de Saint-Dié, où on l'avait placé, parce qu'il était accusé, à tort, du meurtre de sa femme et de sa fille; il n'a aucune crainte, parce qu'il n'est pas responsable des actes d'autrui.

Quand on l'a arrêté, il y avait beaucoup de monde chez lui qui faisait quelque chose dont il n'a pas souvenance. Il n'a pas éprouvé de peine de la mort de sa fille, parce qu'il ne la croit pas réelle. Les sentiments sont très pervertis; il ne montre aucune inquiétude sur son sort et ne manifeste

aucun souvenir amical envers les siens. Il n'a souci que d'une chose : ne pas manquer de tabac; il ne cherche aucun sujet de distraction et manque de toute initiative.

Le 14 mai, Georges a la figure très rouge et se promène rapidement dans la cour, en gesticulant d'une façon véhémente; le lendemain, désordre extrême des pensées, du langage et des actes; ses violences sont telles qu'on est obligé de lui mettre la camisole et même les entraves. Cet état d'agitation dure deux jours, puis le malade reprend son allure indifférente, apathique et ne se souvient de rien. La situation mentale de l'inculpé peut s'établir facilement. Georges s'abrutit et dort quelque temps sur la table; en se réveillant de ce sommeil lourd, il se trouve dans cet état intermédiaire entre somme et veille, si favorable aux hallucinations, où les sens engourdis ne reprennent pas facilement ni rapidement leur empire. Georges est étreint par le souvenir d'hallucinations et offre un désordre extrême. Alors apparition brusque de fureur, rapidité du crime, perte de mémoire (1).

Observation XX. — Joseph Laurent est marié depuis vingt-quatre ans; comme antécédent héréditaire : un frère condamné aux travaux forcés pour assassinat de sa maîtresse; lui-même jouissait de l'estime générale; a le caractère doux et complaisant; est facile à vivre, et sa vie est régulière.

Tout à coup il est pris d'habitudes d'ivrognerie qui dégénèrent en passion instinctive pour la boisson; on attribue la cause de cette modification au chagrin qu'il éprouve

(1) Bonnet et Bulard. *Rapport médico-légal sur l'état mental du nommé Georges.* (*Annal. médico-psycholog.* Septembre 1867); résumé par l'auteur.

d'un événement néfaste. Un changement se produit aussitôt dans son caractère; il devient irritable, susceptible, supportant mal la moindre contrariété; la colère aboutissait souvent à des emportements qui se traduisaient par des actes de violence; il lui prenait même, sans aucun motif plausible, des accès de jalousie. Dans ces occurrences, il ne se connaissait plus, maltraitait sa famille, mais il n'a jamais exercé de sévices contre son plus jeune enfant qu'il semblait affectionner.

Depuis cinq semaines, il avait des insomnies; l'appétit devenait bizarre, irrégulier ou nul; il avait par instants des maux de tête et quelques éblouissements vagues; les forces n'étaient plus les mêmes; l'activité musculaire diminuait; il était sombre, rêveur et même agité.

Pendant les quelques jours qui précédèrent le fatal événement dont nous allons parler, le malade était plus sombre, plus concentré, plus émotif que d'habitude; parfois il se montrait comme égaré et l'on a pu remarquer des sensations contraires à son état normal et que rien n'expliquait. C'est ainsi qu'un jour il se prit à sangloter sans pouvoir en dire la cause; une autre fois, on put le voir accroupi, ayant son enfant près de lui et versant des larmes inexplicables; l'enfant interrogé répondit qu'il lui avait fait du mal, qu'il prononçait les lettres A et X et embrassait la terre; une autre fois encore, il tendit le bras à son enfant de telle façon que celui-ci jeta un cri; le même jour, il est rencontré par le maître d'école qui lui parle, ne reçoit pas de réponse et le trouve égaré.

Le 28 juin, jour du crime, Laurent se lève à 3 heures du matin et va briser un plat placé sur une planche. Il sort et rentre à plusieurs reprises, va de la cave au grenier, furète

dans plusieurs sens, paraît tout bouleversé; il va avec sa femme à la vigne où il ne travaille pas, puis il veut rester à la maison, mais va au village et entre au cabaret, où il a l'air sombre et est d'un mutisme absolu. Après cela, revient trouver sa femme à la vigne où il ne peut travailler, puis il retourne de nouveau à la maison.

Il lui est impossible de tenir en place, et enfin il part avec son enfant pour la ferme Gignes, ayant l'air encore plus étrange que la veille; il monte avec son enfant sur la toiture, puis descend et va boire de l'eau; sa physionomie est décomposée et ses allures sont étranges. Il entre au village où il se fait remarquer par la bizarrerie de son attitude et de ses actes; revient chez lui et en ressort sans savoir pourquoi, va et vient sans direction suivie, toujours taciturne et évitant toute communication. Il descend au village avec son enfant, et dit à quelqu'un : « au revoir, nous allons nous noyer avec mon petit ami. » Sa démarche est étrange; il dépose son enfant sur la route et l'engage à retourner à la maison, et comme le petit court après son père, celui-ci le saisit par les pieds, l'élève en l'air à deux reprises différentes et lui brise le crâne contre des pièces de bois en disant : « voilà comme je travaille »; puis il se sauve dans un grand état d'exaltation en s'écriant : « le plus brave ne vaut rien ; il y a longtemps que je souffre; si le feu prenait au village, je ne l'éteindrais pas. » Il continue sa route en se montrant menaçant et agressif; il blesse légèrement la femme d'un meunier et finit par être arrêté. Confronté avec le cadavre, il reste inerte, ne semble avoir conscience de rien; il reconnaît avoir tué son fils; « jamais, dit-il, je ne me suis trouvé dans une telle position; c'était comme le monde renversé; je n'étais pas maître de moi. Quelques

heures après son incarcération, il a cherché à s'étrangler avec sa cravate.

Placé quelque temps après dans un asile d'aliénés, Laurent y paraît calme; il n'est en rien étonné du milieu où il se trouve, ne manifeste aucun souci, suit l'impulsion qu'on lui donne; sa physionomie ne dénote aucune préoccupation; l'œil même a une expression riante continuelle; ses allures sont vagues, il est machinal. Plusieurs de ses manières témoignent de la puérilité. Il n'adresse jamais la parole à personne, mais répond aux questions qu'on lui pose; il est indifférent à ce qui se passe autour de lui, voit tout sans plaisir ni peine. Ce qui frappe d'une manière prédominante, c'est l'air de satisfaction qui le caractérise, et quand on cherche à l'approfondir, on croit pouvoir inférer de ses paroles et de son attitude à l'affaiblissement ou désuétude des perceptions, à la décroissance de la sensibilité affective. Sa mémoire offre des lacunes; il a encore de la panophobie et des visions terrifiantes.

Le jour du crime, il entendit qu'on lui disait d'aller noyer son enfant; il courut pour aller exécuter ce projet; mais tout à coup, il se trouva comme dans un monde renversé; il se figurait qu'il était dans un cachot, condamné à mourir de faim, et que son petit sautait après lui pour lui demander du pain qu'il ne pouvait lui donner. C'est alors qu'il le saisit et lui écrasa la tête. Il courut ensuite dans un marais, se jeta dans un ruisseau, empoigna à pleines mains les épines des buissons pour sentir les piqûres, puis ne se rappelle plus de rien, sinon qu'il était dans un monde renversé.

Quand on lui demanda s'il aimait bien son enfant, il répondit : « oui », mais sa physionomie ne subit aucune

variation ; il est souriant et automatique ; tout est vague et confus dans son esprit ; les perceptions, ou du moins certaines perceptions, se font à mesure qu'on les excite, mais sa réceptivité cérébrale sommeille ensuite. Des dispositions hallucinatoires, puis de véritables hallucinations ont été constatées.

Il a présenté, à certaines reprises, quelques périodes de grande excitation, quelques accès même de manie suraiguë, avec mouvements de violence impulsive ; mais ces épisodes n'ont été que de courte durée et bientôt reparurent l'inertie intellectuelle et morale, l'apathie, l'incertitude ou l'absence de mémoire, la décroissance et même la nullité du sens émotif, le caractère négatif de la conscience vis-à-vis de sa position.

Dans la discussion qui suit, l'auteur montre d'abord les différents symptômes de l'alcoolisme chronique qui augmentent insensiblement et qui aboutissent à une modification complète de l'être moral et intellectuel ; les facultés s'affaiblissent. C'est sur ce fonds d'intoxication que naissent les symptômes aigus. Une hallucination terrifiante, un raptus hallucinatoire, comme disent les Allemands, a été la cause finale déterminante du crime.

La soudaineté, l'irrésistibilité, facteurs habituels du délire d'actes qui accompagne l'intoxication alcoolique, ne sont ici que le résultat d'une lésion de l'intelligence consécutive à la lésion morale, et c'est encore le délire émotif, corollaire de l'hallucination et de la conviction délirante, qui a produit la décision meurtrière (1).

3me *Forme. — Démence alcoolique ordinaire.* — La dé-

(1) Bonnet et Bulard. *Rapport médico-légal sur l'état mental de Joseph Laurent.* (*An. méd. psychol.* 1868). Résumé par l'auteur.

mence alcoolique ordinaire, celle qui est constituée par un véritable affaiblissement intellectuel, n'offre, en général, aucun symptôme bien caractéristique; elle est, du reste, assez rare à l'état de simplicité; parfois, surtout chez les héréditaires, on la voit terminer la période de dégénérescence alcoolique; d'autres fois, elle se produit à la suite d'accès répétés de delirium tremens; elle accompagne fréquemment l'épilepsie et précède d'ordinaire, d'un temps plus ou moins long, la paralysie alcoolique.

Elle offre tous les symptômes de la démence simple, mais conserve longtemps encore quelques traces de son origine, qui se traduisent par une stupeur, une hébétude intellectuelle particulière, en même temps que par des tendances instinctives mauvaises. Plus vite que les déments ordinaires, les déments alcoolisés sont sales et malpropres, souillent leurs vêtements et leurs chambres de leurs ordures, mangent celles qu'on laisse arriver à leur portée, déchirent leurs habits, se remplissent les poches de tout ce qui leur tombe sous la main; etc., etc.

Les désordres physiques sont plus prononcés que dans les démences ordinaires; les troubles hyperesthésiques sont remplacés par des lésions de nature anesthésique; le sommeil est mauvais et l'on constate souvent un restant du trouble hallucinatoire qui a été l'une des complications les plus fréquentes de l'affection primitive; les lésions de la motilité font rarement défaut; ces déments deviennent vite gâteux.

Bien que la démence alcoolique soit d'ordinaire une affection à marche chronique et de nature incurable, elle peut cependant se présenter dans des conditions d'acuité et de curabilité qui la font alors ressembler à la démence aiguë

ou stupidité. Ces formes morbides sont, du reste, encore assez mal déterminées et semblent être l'expression d'un état cérébral congestif ou d'un œdème encéphalique. Elles se présentent avec des symptômes de trouble intellectuel assez prononcé, amnésie, inconscience, puis en cas d'aggravation, affaiblissement progressif de l'ensemble des facultés, stupidité.

Telles sont les observations suivantes :

Observation XXI. — Au n° 6 de la salle Saint-Jean de Dieu, est couché le nommé Dub, soixante ans, mouleur, entré le 28 juillet 1863; le père du malade est mort de pleurésie; la mère, de tuberculose pulmonaire; lui-même ne s'est jamais alité.

Depuis l'âge de 20 ans, Dub a l'habitude de boire, le matin à jeun, trois petits verres d'eau-de-vie, et souvent dans le reste de la journée sept à huit petits verres. Deux fois au moins par semaine, il se grise; l'appétit est devenu mauvais depuis plusieurs années, et afin d'exciter sa faim, il boit au repas de l'eau-de-vie en place de vin. Depuis l'âge de 30 ans, la mémoire des noms, des faits a considérablement diminué; depuis 12 ans, ses forces sont bien moindres; la marche est tremblée; la vue s'est affaiblie; les masses musculaires ont notablement maigri et la fonction génésique est éteinte depuis de longues années. Il y a deux mois, en l'absence de toute intoxication alcoolique, il dit être tombé sans connaissance dans la rue et n'avoir repris ses sens qu'au bout d'une heure; il lui en est resté un état continu d'assoupissement qui l'a maintenu au lit depuis cette époque. Il a été traité, dans ces derniers temps par des sinapismes aux membres inférieurs et deux bouteilles d'eau de sedlitz.

État actuel. — Le malade est couché sur le dos dans l'assoupissement; il donne de suite l'idée de l'abrutissement le plus complet; la physionomie porte le cachet de l'hébétude la plus profonde; ses réponses sont, du reste, en rapport avec l'habitus extérieur. Tout est niais dans sa personne. La conversation est toute décousue; il n'a pas conscience de sa position, paraît étonné de mes interrogatoires et ennuyé de ce que je le dérange de son sommeil et de sa torpeur par mes questions. La parole est par moments difficile, comme si la langue restait collée à la voûte palatine; elle est tantôt lente, tantôt précipitée; c'est ainsi que parfois il paraît chercher ses mots qu'il lance un moment après avec une certaine volubilité; le malade peut lire assez bien, mais la vue est embrouillée. Étourdissement dans la station assise; le malade a, du reste, beaucoup de peine à s'asseoir sur son lit; la pression de la main gauche est peu sensible pour l'observateur. Sensibilité cutanée intacte.

Le malade meurt dans le coma.

A l'autopsie l'on constate : méninges cérébrales épaissies et opaques; elles sont très rouges et l'on y aperçoit les vaisseaux augmentés de volume; méninges et pie-mère infiltrées d'une quantité considérable de sérosité rougeâtre. La séparation de la substance corticale d'avec la pie-mère se fait avec la plus grande facilité et sans entraîner la plus petite parcelle de substance grise; la substance corticale apparaît avec sa teinte habituelle, mais se fait remarquer par sa fermeté insolite. A la coupe, l'on ne constate qu'une légère injection de la substance grise et de la substance blanche; les ventricules latéraux sont remplis de sérosité (1).

(1) Voisin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* — Observation XXXI.

Observation XXII. — Au n° 8 de la troisième salle de la 5e division de Bicêtre, est placé le nommé Rich, 31 ans, ébéniste; père et mère bien portants.

Depuis plusieurs années, il a pris l'habitude de boire, le matin à jeun, un quart de litre de vin ou un petit verre d'absinthe, et dans le reste de la journée, il boit une dizaine de petits verres de cette liqueur. Il a été arrêté la nuit dans Paris pour vagabondage; il ne pouvait trouver son chemin.

État, le 18 mai, douze heures après son entrée à Bicêtre. Le malade est couché dans son lit, tranquille, la tête penchée sur la partie antérieure de la poitrine. On a de la peine à le faire répondre aux questions et encore ses réponses sont-elles monosyllabiques; il commence toutes ses questions par « s'il vous plait ». Avez-vous mal quelque part? « S'il vous plait? au creux de l'estomac, au dos. — Sommes-nous le jour ou la nuit? « S'il vous plaît? » Le jour, la nuit. — Et il est à remarquer que pour ces dernières phrases, il répète machinalement mes mots, en commençant par celui qui a frappé en dernier lieu ses oreilles. Il a un air tout pensif et marmotte quelques mots inintelligibles. « A quoi pensez-vous, lui dis-je? » Il se met à sourire bêtement et finit par « je pense à aller travailler » dit dans son lit et dans l'attitude la plus insouciante et la plus ennuyée. Il ne se rappelle pas précisément les jours, ni la semaine ni la date; il est très difficile de le tirer de sa torpeur; il faut répéter la même question au moins deux fois; aussitôt après la réponse, il retombe dans son immobilité et son mutisme. Dans certains moments, sa physionomie prend une expression béate et satisfaite, comme celle de certains imbéciles. Pupilles normales; tremblement des mains; langue saburrale, appétit, soif exagérée; les besoins d'uriner ne sont pas plus fréquents.

21. Même état. Air profondément hébété; il se promène dans les jardins; il ôte et remet continuellement ses sabots; il n'en détache pas les yeux pendant un seul instant. Je lui demande pourquoi il regarde ainsi vers la terre « s'il vous plaît, rien, » répond-il. Je le trouve un moment après dans un coin du mur, occupé à faire un pas en avant, un pas en arrière; il reste ainsi pendant près d'une demi-heure, ainsi que bien des idiots de la section d'à côté. A ma question s'il entend encore la voix d'un monsieur, il répond « oui. » Est-ce la nuit ou le jour ? « S'il vous plaît? le jour, la nuit. » Il lève facilement les mains en l'air, mais elles tremblent considérablement; après avoir élevé le bras droit, il l'abaisse, puis l'élève et l'abaisse, et ainsi de suite sans discontinuer pendant cinq minutes à peu près. Tout en faisant ainsi mouvoir son bras droit, il suit tous ses mouvements d'un air hébété. Je lui demande de serrer ma main avec sa main droite; il fait le mouvement sans que je perçoive la moindre pression, et comme j'insiste, il me dit : c'est assez, et sourit bêtement. Lorsque je lui fais tirer la langue hors de la cavité buccale, il oublie de la rentrer dans la bouche et j'ai de la peine à lui faire comprendre qu'il faut le faire; il la rentre, mais reste la bouche ouverte. Il dit tout bas des mots inintelligibles; il a de la peine à se rappeler les jours de la semaine. Immobilité et dilatation de la pupille; la sensibilité aux piqûres, au toucher est obtuse. Bains, vin de quinquina.

27. État notablement plus satisfaisant; il est possible d'entretenir avec lui une courte conversation. Sort guéri un mois après (1).

4e *forme. — Alcoolisme paralytique. — Paralysie alcoo-*

(1) *Ibid.* Obs. XXXII.

lique. — Les relations de la folie paralytique, nous ne dirons pas avec l'intoxication alcoolique, mais avec l'alcool, sont fréquentes, multiples et variées. Elles restent encore entourées de bien des obscurités qui ne seront complètement dissipées que du jour où la constitution pathologique et clinique de la paralysie progressive aura été définitivement établie. Celle-ci constitue aujourd'hui, dans sa forme type, une individualité morbide, peut-être assez bien délimitée pour permettre un diagnostic certain; mais à côté de cette forme type viennent se ranger une infinité de variétés englobées généralement sous le nom de démence paralytique ou paralysiforme, dont la constitution clinique et la détermination anatomo-pathologique peuvent être excessivement variables et sont loin d'être encore exactement définies.

Si, au point de vue de l'ensemble symptomatologique, ces formes sont sujettes à varier depuis la démence simple, sans autre caractère que l'affaiblissement graduel des facultés intellectuelles et morales, avec ou sans réaction émotive ou maniaque, jusqu'aux délires expansifs et dépressifs les plus accentués, elles peuvent aussi offrir, au point de vue anatomo-pathologique, des lésions fort diverses, depuis les simples altérations méningiennes avec troubles circulatoires, jusqu'aux désordres inflammatoires et nutritifs les plus profonds, pachyméningites, ramollissements diffus et en foyers, encéphalites, scléroses, athéromes et dégénérescences granulo-graisseuses et atrophiques ou néoplasmes étrangers, de nature simple ou spécifique.

C'est donc faire de la science assez superficielle que de se borner à établir la terminaison de l'alcoolisme chronique par folie paralytique; à côté de celle-ci, vient se placer la

paralysie générale alcoolique, déjà admise par Magnus Huss et Falret, et qui jusqu'à ce jour n'a pas suffisamment attiré l'attention des auteurs. Pour nous, cette paralysie constitue tantôt la terminaison de l'alcoolisme chronique, tantôt un épiphénomène plus ou moins aigu de l'intoxication elle-même. D'accord en cela avec les deux auteurs précités, nous étendrons considérablement le sens du mot de paralysie alcoolique et nous essayerons, autant que faire se peut dans l'état actuel de la science, de la séparer de l'alcoolisme chronique dont la variabilité symptomatologique et la diversité de forme ne pourraient qu'en obscurcir la description.

Une première question, difficile entre toutes, peut-être encore impossible à résoudre actuellement, c'est la détermination exacte de cette individualité pathologique et son diagnostic différentiel d'avec l'alcoolisme chronique dans les formes que nous avons admises. Un point que ne contrediront pas ceux qui ont fait de nombreuses autopsies d'aliénés, c'est que la folie paralytique n'est pas toujours une individualité bien caractérisée, mais le syndrôme plus ou moins variable d'états anatomiques parfois très différents; si la méningo-encéphalite diffuse donne toujours lieu aux phénomènes de démence paralytique, ceux-ci sont loin d'avoir toujours pour substratum anatomique une altération de ce genre. Les observations suivantes prouveront l'exactitude de cette assertion.

Observation XXIII. — Joseph boit tous les matins quelques petits verres et parfois avec excès; le 20 août, il commence par ressentir des sensations de fourmillements douloureux dans les membres du côté droit, puis le bras droit se trouve paralysé et insensible; du délire survient : en

même temps la prononciation est très gênée et la parole parfois impossible malgré tous les efforts faits par le patient; peu après la paralysie disparaît, mais le désordre intellectuel augmente.

Un mois après, s'établit un véritable état de démence caractérisée par un affaiblissement de la mémoire, de l'oblitération des facultés intellectuelles et des idées de découragement. La démarche est mal assurée, la prononciation très embarrassée; incontinence d'urine; le malade devient malpropre, négligent, perd ses effets, salit ses vêtements.

Le marasme s'établit et aboutit progressivement à la mort.

A l'autopsie, on constate un épaississement de la trame de l'arachnoïde qui doit être attribué à un commencement d'infiltration séreuse; les méninges se séparent sans difficulté de la périphérie du cerveau. Le lobule postérieur contient un espace jaunâtre et déprimé et plusieurs de ses circonvolutions ont subi une sorte d'atrophie avec amincissement où la substance nerveuse a été remplacée par une espèce de substance tomenteuse blanchâtre (1).

Observation XXIV.—Mme Elisabeth a fait des abus excessifs d'alcooliques; à 56 ans, elle reste pendant une semaine dans un état d'abrutissement complet; ses conceptions sont lentes, ses idées confuses, tous ses souvenirs annulés; elle recouvre bientôt l'exercice de ses fonctions, mais tombe dans une profonde tristesse et s'isole d'une manière complète. A 56 1/2 ans, sa mémoire est émoussée, son intelligence oblitérée; ne prend aucun soin de sa personne, est dégoûtante; ses paroles et ses idées sont incohérentes; elle articule très mal les sons, se tient mal en équilibre sur ses

(1) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau* (observation 150).

jambes. Plus tard, elle répond au hasard aux questions qu'on lui pose, ne se reconnaît plus dans sa chambre, n'avertit plus lorsqu'elle a des besoins à satisfaire; ses mains sont tremblantes et ses jambes fléchissent sous le poids de son corps.

Vers 57 ans, les fonctions de l'intelligence sont absolument abolies et la station debout est devenue impossible; la déglutition s'effectue difficilement; les déjections sont involontaires. Meurt dans le marasme avancé.

L'autopsie ne décèle aucune augmentation du liquide encéphalo-rachidien; la pie-mère cérébrale est à peine injectée et elle forme des rides à la surface du cerveau, comme si sa trame était relâchée; elle s'enlève par larges plaques aussitôt qu'on s'applique à la soulever. Plusieurs parties des circonvolutions cérébrales sont transformées en une masse de lymphe plastique, espèce de cellulosité tremblante et jaunâtre (1).

Observation XXV. — M. Page, 56 ans, d'une constitution vigoureuse, n'a aucun aliéné dans sa famille; il a abusé des femmes et s'est livré aux excès de boissons alcooliques; a été soumis à un traitement mercuriel à la suite d'une maladie vénérienne; ayant éprouvé des pertes considérables au jeu, il eut un accès de manie qui dura 29 jours.

Cinq mois après, M. Page commença à donner de nouveau des symptômes d'aliénation mentale; mais cette fois, les symptômes sont plus graves; le malade dépense en prodigalité le peu d'argent qu'il a, se promène sans cesse en voiture, promet de l'or et des perles au cocher qu'il ne paie point. Il est heureux, parle à tout le monde de sa fortune; le délire ambitieux domine dans tous ses discours. On re-

(1) CALMEIL, *Traité des maladies inf. du cerveau* (observ. 155).

marque en même temps, que la langue est embarrassée, la parole peu distincte. La marche est encore possible, mais le malade chancelle à chaque pas et menace de tomber.

Deux mois après ces accidents, l'affaiblissement intellectuel est complet; le délire ambitieux persiste ainsi que les symptômes de paralysie.

Page meurt subitement à la suite de plusieurs hématémèses.

A l'autopsie, on trouve la pie-mère infiltrée de sérosité; ce liquide abonde dans l'intervalle qui sépare cette membrane du feuillet viscéral de l'arachnoïde. Partout le cerveau se laisse parfaitement dépouiller de ses membranes; la substance cérébrale est saine et ne présente qu'une décoloration générale (1).

Observation XXVI. — Une femme entrée dans le service de M. Baillarger, présentait une agitation maniaque, du tremblement de la langue, de l'ânonnement, de la mégalomanie, avait des antécédents alcooliques. Cette femme avait aussi des hallucinations de l'ouie et bien que Baillarger déclare n'avoir jamais rencontré d'hallucination de l'ouie dans la paralysie générale, le diagnostic fut : paralysie générale par alcoolisme. Cette malade devint rapidement gâteuse et succomba. A l'autopsie, on ne trouva dans le cerveau aucune des lésions caractéristiques de la paralysie générale. Nous ne rencontrâmes que des altérations des cellules cérébrales, déformées, atrophiées, des vaisseaux capillaires granulo-graisseux, dilatés et gorgés d'éléments sanguins, des anévrysmes miliaires. Il y avait aussi un ramollissement de l'insula et des cordons latéraux du bulbe (2).

(1) Baillarger. *Des symptômes de la paralysie générale. Appendice au traité de Griesinger* (observ. XXXVII).

(2) Voisin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales,* 1883; p. 212.

Comme on le voit, pas plus l'anatomie pathologique que la symptomatologie ne sauraient, dans l'état actuel de la science, donner la solution de la question qui nous préoccupe. Il ressort à l'évidence des observations qui viennent d'être rapportées que les syndromes de la folie paralytique peuvent exister sans trace des lésions anatomo-pathologiques qui la caractérisent, de même que le syndrome, démence paralytique, peut avoir pour substratum des altérations excessivement diverses. Il en résulte encore que la paralysie alcoolique n'est pas toujours la paralysie générale, et n'a pas toujours pour caractéristique la méningo-encéphalite hyperplasique diffuse.

La séméiologie sera-t-elle plus capable de constituer l'individualité de la paralysie générale alcoolique? Est-ce le phénomène affaiblissement de la motilité ou bien, comme dans la folie paralytique type, sera-ce un ensemble de symptômes dont la concordance et la simultanéité viennent commander un diagnostic qu'un seul ordre de symptômes est incapable d'établir? Si l'affaiblissement de la motilité dans ses degrés les plus divers, depuis la simple parésie jusqu'à la paralysie complète, en constitue l'essence, quelles limites doit-on établir entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale alcoolique?

Toutes questions auxquelles il est excessivement difficile de répondre d'une manière satisfaisante et que la pathogénie serait seule capable de résoudre d'une manière convenable. Mais la pathogénie anatomo-physiologique est encore loin d'être suffisamment avancée pour permettre un travail de ce genre.

Quoi qu'il en soit, un des premiers effets de l'alcoolisme chronique se manifeste dans le domaine de la circulation

cérébrale par une stase sanguine plus ou moins prononcée; les vaso-moteurs commencent par se paralyser; il s'ensuit une dilatation vasculaire, puis une stagnation sanguine, un engorgement veineux; des exsudats se déposent soit dans le tissu du vaisseau lui-même, soit dans la trame environnante. Dans le premier cas, la membrane vasculaire se raidit et s'épaissit et il en résulte soit une anémie, soit une augmentation de la stase sanguine. Dans le second cas, l'exsudation produite peut subir les transformations les plus diverses : dans des conditions favorables, elle rentre dans la circulation par l'intermédiaire des lymphatiques; dans des conditions moins favorables, elle subit des transformations ultérieures variables et qui constituent le caractère des périodes avancées de l'intoxication alcoolique. Ces modifications atteignent plus ou moins profondément la trame nerveuse elle-même, depuis la simple compression jusqu'à la désagrégation et la désorganisation complète.

La paralysie, de même que la parésie, peut être le résultat tout aussi bien de la compression des fibres et des cellules nerveuses que de leur destruction; l'on voit donc qu'au point de vue anatomique la spécialisation de la paralysie alcoolique est peu précise et que celle-ci peut être constituée tout aussi bien par un épanchement interstitiel, rapidement produit et rapidement résorbé, que par une désorganisation plus ou moins complète du tissu nerveux. Du reste, dans l'alcoolisme chronique, il intervient autre chose que des troubles circulatoires : l'alcool n'agit pas seulement sur la trame vasculaire, il agit encore sur l'élément nerveux et y produit des modifications dont la nature intime nous échappe encore complètement, et l'affaiblissement musculaire progressif, qui va de la parésie à la paraly-

sie, nous paraît être le résultat de ce contact direct; malheureusement dans ce domaine obscur de la vie, la science en est à peine encore aux hypothèses.

C'est donc encore et toujours la clinique qui doit nous servir de guide dans la délimitation de la paralysie générale alcoolique ; avec elle nous pourrons établir que celle-ci existe chaque fois qu'à l'affaiblissement de l'intelligence vient se joindre un affaiblissement assez prononcé de la motilité, pour amener de l'hésitation de la parole et une incertitude de la marche qui n'ont pas pour cause le tremblement alcoolique. Ces deux ordres de symptômes peuvent suffire à caractériser la paralysie alcoolique; mais il est nécessaire d'en préciser la signification.

Par démence, nous n'entendons pas cette première période que nous avons désignée sous le nom de dégénérescence alcoolique, cet état d'abrutissement, de stupidité qui caractérise l'ivrognerie, mais bien la démence véritable, l'affaiblissement réel des facultés intellectuelles et morales dont la perte de mémoire, le trouble et la confusion intellectuels, l'incohérence, l'insconscience constituent les symptômes caractéristiques, quelles que soient, du reste, la durée de ces phénomènes ainsi que leur gravité.

Les altérations de la motilité sont peut-être plus difficiles à bien spécifier. Il n'est malheureusement pas possible de fixer au dynamomètre le degré où finit l'alcoolisme et où commence la paralysie; il y a là une transition plus ou moins insensible dont nous ne parvenons qu'à percevoir les degrés extrêmes : l'hésitation marquée de la parole, une démarche incertaine, vacillante, le défaut de fermeté des extrémités inférieures, la grande difficulté de se maintenir sur une jambe, l'incertitude dans les mouvements des mem-

bres supérieurs, la diminution considérable dans la force musculaire, sont des symptômes dont l'existence, combinée avec la démence à un degré variable, dénote suffisamment la paralysie générale alcoolique.

Prise dans cette acception, elle ne saurait être mise au même niveau que la folie paralytique ordinaire et doit évidemment être considérée comme curable. Une étude approfondie des faits parviendra à constituer dans ce groupe encore disparate, des formes mieux spécifiées. C'est ainsi que l'on pourrait diviser l'affection en deux périodes formant parfois deux entités distinctes : la parésie alcoolique et la paralysie alcoolique, la première étant encore capable de rétrocession, la seconde étant absolument incurable. Ou bien l'on pourrait admettre sous le nom de pseudo-paralysie générale un premier groupe dans lequel on ferait rentrer tous les cas encore considérés comme curables, et sous le nom de paralysie alcoolique véritable, tous les cas nettement caractérisés et incurables.

Ces pseudo-paralysies que l'on n'est pas encore parvenu à bien séparer de l'alcoolisme chronique, ne sont cependant pas rares et ont été d'ordinaire désignées sous les dénominations les plus diverses de congestion cérébrale, d'encéphalite, voir même de méningite; d'autres fois elles constituent ces folies paralytiques ordinaires qui guérissent au bout de quelques mois de traitement, et récidivent quelque temps après, parce que les malades continuent leurs excès de boissons et que la lésion, qui aurait pu s'arrêter dans son cours, suit sa marche progressive et aboutit à la lésion définitive de la méningo-encéphalite. L'on trouvera ci-après une observation de chacune de ces variétés de paralysies générales alcooliques.

Observation XXVII. — Paralysie alcoolique présentant des analogies avec l'alcoolisme chronique.

A. Jean François, 41 ans, garçon de bureau. Habituellement bien portant et régulier dans son service; peu à peu et par suite de divers chagrins, s'adonne à la boisson d'une manière intermittente; il s'y livre d'une manière assez modérée pour pouvoir continuer son service avec une certaine régularité, mais d'une manière assez prononcée pour éprouver de temps en temps des étourdissements, des pesanteurs de tête, des vertiges qui, sans le faire tomber, le portent souvent à s'appuyer sur un objet voisin. En même temps qu'il éprouve ces symptômes physiques, il commence à ressentir de temps en temps de l'obtusion dans les idées; il continue à faire son service, mais il n'a pas toujours les idées nettes; l'intelligence est lente, un peu obscure; il comprend avec plus de difficulté et moins vite, et cela surtout à certains moments et à certains jours; car d'autres jours au contraire son intelligence a toute sa lucidité. Dans certains moments, il éprouve des sortes de demi-absences; la mémoire s'affaiblit; quelquefois il sort pour faire une commission, ne se rappelle ni pourquoi il est sorti ni où il va et revient sur ses pas en s'affligeant de cette situation.

Les accidents au lieu de diminuer, augmentent lentement dans l'espace de sept à huit mois environ; il finit par éprouver du tremblement et de la faiblesse, surtout dans les membres inférieurs et la parole; de temps en temps des éblouissements et des visions. Puis survient un accès de trouble hallucinatoire et le malade est admis à l'hôpital où il présente des phénomènes paralytiques dont il a conscience et sur lesquels il attire lui-même avec complaisance l'attention du médecin ; il avait d'ailleurs également con-

science du trouble de son intelligence et disait qu'il était victime d'illusions nombreuses.

L'affaiblissement musculaire, surtout manifeste au membres inférieurs, existait également aux membres supérieurs; le malade était en outre affecté d'un tremblement des membres assez marqué; aussitôt qu'il voulait marcher, il lui semblait que ses jambes ne pouvaient le porter et il sentait ses genoux fléchir sous lui; sa marche était analogue à celle de certains paralytiques; les bras étendus tremblaient, soutenaient difficilement les objets et le malade serrait très faiblement les mains; la langue au sortir de la bouche était tremblante et il y avait embarras de la parole. D'après l'ensemble des symptômes, il était permis de croire chez ce malade à l'existence d'un commencement de paralysie générale; cependant, au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, on voit diminuer considérablement et enfin cesser complètement les symptômes physiques et moraux qui paraissaient si graves au premier abord, et depuis six mois que le malade est sorti de l'hôpital et a repris son service, aucun phénomène maladif ne s'est plus reproduit (1).

Observation XXVIII. — D. Auguste, 57 ans, menuisier, célibataire, entre à la clinique (asile Sainte-Anne), le 26 décembre 1880, avec certificat des d^rs^ Lasègue et Magnan : « Excitation maniaque avec idées ambitieuses, loquacité, propos incohérents. Habitudes alcooliques. » Déjà traité deux fois à Sainte-Anne. Son père était buveur; un frère est encore à Bicêtre et un autre frère y est mort. Lui-même boit depuis de longues années; il en est à sa troisième atteinte d'alcoolisme. Le premier n'a rien présenté de saillant et le malade est sorti de l'asile après quelques jours de traite-

(1) FALRET. *Recherches sur la folie paralytique*, p. 165 (obs. 9).

ment. Le second, arrivé en juillet 1880, s'est surtout caractérisé par la présence de quelques symptômes de paralysie générale. 9 juillet : manie chronique; arrêté pour vagabondage et filouterie; idées incohérentes; conceptions ambitieuses : est fils de général ; son entourage l'attend ; souvenirs très confus. 10 juillet : affaiblissement des facultés mentales avec idées ambitieuses : le malade s'imagine appartenir à une famille illustre, avoir droit à un héritage; il fait à ce sujet des réclamations et se livre à des actes extravagants.

Deux mois après, tous ces symptômes, dont quelques-uns étaient même un peu caractéristiques de la paralysie générale : filouterie, incohérence, affaiblissement intellectuel, idées ambitieuses, avaient complètement disparu et le malade sortait guéri.

Aussitôt, nouveaux excès et alors apparaissent tous les symptômes de la folie paralytique. Comme beaucoup de paralysés excités, il se fait arrêter, ne pouvant payer un fiacre dans lequel il se faisait promener depuis plusieurs heures; comme eux, il est loquace, bavard, il déclame à tout propos et ne dort pas la nuit. Enfin, fait beaucoup plus grave, son intelligence paraît affaiblie et il présente un délire ambitieux, absurde, incohérent et qui alterne avec des idées hypochondriaques relatives à son tube digestif. Son grand père, dit-il, était boucher de Louis XVI, son grand oncle était le colonel de Failly; le général de Failly est son cousin ; il s'appelle D. Barbier de Failly; il a 150,000 francs de fortune. D'autres fois, comme nous l'avons dit, il est déprimé et refuse de parler et de manger sous prétexte que cela lui est complètement impossible. En même temps, il présente un tremblement assez fin de la langue et des mains, de

l'hésitation dans la parole, de la contraction exagérée des pupilles avec inégalité, en un mot, tous les symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale. De plus, le système circulatoire est assez gravement atteint; ses artères sont flexueuses et dures, son pouls est lent et intermittent; les battements du cœur sont précipités, par saccades, sourds, mais sans souffle organique.

Au bout d'un mois environ, les symptômes de la paralysie générale se sont notablement améliorés, surtout au point de vue intellectuel; il est calme, raisonnable, s'occupe chez le menuisier de l'asile. Le seul signe qui persiste tel quel chez lui, est l'inégalité pupillaire avec myosis.

2 mars. Le malade cesse brusquement de travailler à l'atelier; il se dit mal en train; se plaint de la tête; état saburral très prononcé, haleine fétide.

8 mars. D. se plaint toujours de la tête; l'état saburral est le même. Pas d'excitation ni de délire des grandeurs. Torpeur intellectuelle.

9 mars. Attaque d'apoplexie pendant la nuit; le malade est dans le stertor; fume la pipe. Hémiplégie gauche incomplète avec contracture et anesthésie absolue. On peut appliquer le doigt sur le globe oculaire de ce côté sans provoquer aucune réaction. Résolution musculaire du côté droit avec anesthésie légère. État grave. Mort le lendemain sans avoir repris connaissance et sans nouvelle attaque.

Autopsie — Hémorragie dans la cavité de l'arachnoïde (pachyméningite hémorragique); il existe, à la surface des deux hémisphères, au niveau des deux tiers antérieurs de la face externe du cerveau à gauche et du tiers antérieur à droite, une vaste nappe de caillots cruoriques, limitée superficiellement par la dure-mère, dont la face interne présente

une coloration jaunâtre ou rougeâtre, et profondément par le feuillet viscéral de l'arachnoïde très notablement épaissie, et offrant, lui aussi, l'aspect d'une membrane jaune-rougeâtre, molle et friable. Au niveau du foyer, l'arachnoïde est facilement séparable de la dure-mère à laquelle elle n'adhère que par l'intermédiaire de cette nappe cruorique; mais elle s'y réunit à la périphérie et, à ce niveau, elle perd à peu près ses caractères pathologiques. Lorsque, après avoir enlevé les caillots, on examine la surface interne de la dure-mère, on trouve en certains points de petites masses d'apparence fibrineuse, fortement adhérentes à cette membrane, qui doivent indiquer le point de départ de l'hémorragie. Athérome généralisé et très marqué des artères de la base. Aucune adhérence des méninges à la couche corticale du cerveau; pas de granulation sur l'épendyme des ventricules. Rien aux coupes (1).

Observation XXIX. — Schrottner, 31 ans, garçon meunier, est admis le 18 janvier 1876; son père est un buveur; sa mère souffre de crampes. Le patient n'a pas eu d'autres affections que la rougeole; il a bu dès sa jeunesse, est, depuis lors, devenu irritable, souffre de fréquents maux de tête, a des vertiges, dort mal.

Depuis un mois, la mémoire est devenue faible; il est négligent dans ses devoirs et fait son service tout à fait de travers. Depuis quelques jours, il est excité, ne dort plus, court de côté et d'autre et offre des idées de grandeurs. Au moment de son admission, trouble intellectuel prononcé; il n'a plus ni la notion du temps ni la notion du lieu; se croit à son moulin; est incohérent, troublé, se dit proprié-

(1) *Annales médico-psychologiques.* Septembre 1881. *Archives cliniques.*

taire du moulin, veut épouser la veuve du meunier, possède 100,000 francs de fortune, rebâtira magnifiquement le moulin. Porte quelques cicatrices à la tête; pas d'apparence de syphilis; le côté droit de la face un peu plus relâché que le côté gauche; contractions fibrillaires de la face; tremblements des lèvres et de la langue; hésitation de la parole suite d'ataxie des muscles concourant à la prononciation, mais pas de fourchement de la parole. La marche est incertaine; le malade vacille sur ses jambes. Le pouls est à 68; la pupille gauche est moins contractile que la droite. Pas d'altérations organiques. La sensibilité est intacte. Le patient est agité, fait des projets insensés, veut rebâtir l'hôpital, attend sa meunière qui s'est amourachée de lui, parce qu'il est un si bel et si fort homme. Pas de constance dans son délire; se laisse facilement dissuader.

Les désordres de la motilité s'accentuent chaque jour davantage; le 24 et le 28 surviennent des accès épileptiformes, (convulsions généralisées avec perte de connaissance) la démence fait des progrès; alternatives de périodes d'agitation et de calme.

Le sommeil se rétablit sous l'influence du choral et des bains; aux périodes d'excitation l'on oppose les injections de morphine.

Le 4 avril, nouveaux accès épileptiques.

Pendant le mois de mai, l'on voit la lucidité reparaître; les troubles de la motilité s'améliorent; l'inégale dilatation pupillaire, les contractions fibrillaires et les désordres ataxiques de la parole disparaissent. Le malade a conscience de la nature de l'affection dont il a été atteint, et il l'attribue lui-même aux excès alcooliques qu'il a faits; enfin l'affaiblissement intellectuel lui-même disparaît; le patient re-

devient capable de travail et sort guéri le 13 janvier 1877 (1).

Telles sont quelques observations de ce groupe que nous désignons sous le nom de pseudo-paralysie, par rapport à la paralysie générale véritable, dont nous parlerons plus loin; l'on voit que, anatomiquement comme cliniquement, cette variété est loin encore d'être définitivement constituée.

Paralysie générale alcoolique. — L'invasion de la paralysie générale alcoolique se présente dans des conditions excessivement variables.

Il n'est pas rare de la voir se développer à la suite d'excès alcooliques longtemps prolongés, mais sans que ceux-ci dénotent, avant l'apparition de l'affection terminale, leur influence par des symptômes bien appréciables. Dans ces cas, elle ne diffère en rien de la folie paralytique ordinaire, et l'on ne saurait la considérer comme une véritable paralysie alcoolique. Les excès de boissons sont fréquents dans les antécédents des paralysés généraux ordinaires, mais rien ne prouve qu'ils agissent toujours par leur action spécifique et non comme simples adjuvants. Il faut, pour que l'on puisse considérer la périencéphalite diffuse comme étant de nature alcoolique, que l'on y rencontre l'un ou l'autre phénomène propre à l'intoxication alcoolique, ou que la paralysie se soit développée sur un fonds bien marqué d'alcoolisme chronique.

Ce dernier cas est assez fréquent; l'intoxication peut ne se décéler, pendant plusieurs années, que par quelques troubles gastriques, un peu de tremblement et de l'obtusion intellectuelle; c'est alors que l'on voit tout à coup la folie paralytique se développer, ou bien d'une façon aiguë, par l'invasion de tous les symptômes caractéristiques, ou bien

(1) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie.* T. III (observat. 147).

d'une façon lente et graduelle, par la démence paralysiforme progressive. D'autres fois ce sont des accès répétés de delirium tremens, qui aboutissent finalement et après une période d'incubation plus ou moins longue suivant la continuité ou la répétition des excès, au ramollissement final. Les premiers accès guérissent radicalement; la convalescence des accès suivants se prolonge; ils laissent à leur suite un certain degré d'affaiblissement intellectuel qui augmente à mesure que les crises se répètent; puis survient une période intermédiaire douteuse; un peu d'embarras de la parole, quelques idées ambitieuses passagères, l'inégale dilatation de la pupille et certains troubles paralytiques en forment le caractère principal. La guérison devient de moins en moins complète et persistante; puis enfin se produit une dernière crise, après laquelle la maladie apparaît définitive et irrémédiable.

Les observations de Gambus (1) et celles de Magnan (2) indiquent d'une manière frappante les différentes phases de cette transformation successive.

Les symptômes physiques, sous l'influence desquels elle se produit, sont des poussées congestives dont la répétition amène la lésion paralytique avec ses conséquences et dont l'expression matérielle est une augmentation de chaleur appréciable au thermomètre.

D'autres fois encore, c'est d'une atteinte de delirium tremens unique que sort la paralysie générale alcoolique. Des idées de grandeurs viennent se mélanger aux hallucinations terrifiantes; des sentiments expansifs font place aux

(1) *De l'alcoolisme chronique, terminé par la paralysie générale* (thèse, 1873).
(2) *De l'alcoolisme et de ses diverses formes.*

frayeurs du délire alcoolique; l'agitation se prolonge, la motilité s'altère; la parole devient hésitante; l'intelligence s'obscurcit et s'affaiblit; la démence se prononce et la folie paralytique est constituée avec tous ses symptômes. Parfois encore l'on voit tout l'appareil du délire alcoolique diminuer et faire place à une démence profonde avec affaiblissement rapide de la motilité. Le contraire peut aussi se produire; tous les symptômes du délire alcoolique persistent et se prolongent; les frayeurs, l'agitation, les hallucinations, le tremblement dominent la scène morbide; mais un fonds de démence irrémédiable et progressif conduit lentement le malade vers le marasme.

Avec des débuts aussi disparates, la physionomie de la folie paralytique alcoolique doit être excessivement variable. Le type ordinaire, avec son délire des grandeurs caractéristique, est peut-être celui que l'on rencontre le moins fréquemment; le délire spécial manque souvent et souvent aussi ne se décèle que par des idées de grandeurs vagues et fugitives. On peut constituer dans ce groupe trois formes spéciales :

1° *Forme à démence simple.* — Elle est caractérisée par un affaiblissement graduel des facultés intellectuelles et morales, une démence de plus en plus profonde sans trace de délire; dans ces cas, les malades conservent souvent, au milieu d'une déchéance complète de la vie de relation, une conscience longtemps prolongée de leur situation et une certaine lucidité; il n'existe, du reste, que peu de relation entre les troubles de la motilité et ceux de l'intelligence; une démence profonde peut être accompagnée de paralysie relativement minime, tandis qu'un affaiblissement excessif de la motilité se rencontre chez des malades dont la démence n'est que légère.

Observation XXX. — G... a fortement abusé des alcooliques; a présenté, au début, des hallucinations de l'ouïe et de la vue, un peu d'affaiblissement intellectuel, du tremblement; se plaint actuellement de céphalalgie violente, a des vertiges; la vue et l'ouïe sont légèrement affaiblies; pour le moment, il n'existe plus de troubles hallucinatoires; la sensibilité physique est légèrement obtuse; tremblement de la langue et convulsions fibrillaires des muscles buccaux; hésitation de la parole; la marche est vacillante. La sensibilité morale est surtout affaiblie : indifférence et apathie morale et intellectuelle; il ne prend intérêt à rien, ne se préoccupe pas de sa situation, se laisse conduire comme un enfant; la mémoire est fortement atteinte; il y a confusion extrême dans les idées. Cependant il se rend encore passablement compte de sa situation et répond assez bien aux questions simples qu'on lui pose.

Le malade décline rapidement; au bout d'un mois les troubles de la motilité ont fait de grands progrès. G... sait à peine se tenir debout et marche encore plus péniblement; il est devenu gâteux; la démence est profonde. Le malade tombe dans un état de marasme progressif. Entré au mois d'août 1881, il meurt au mois de mai 1882, à la suite d'une attaque congestive épileptiforme.

A l'autopsie l'on constate les lésions suivantes : adhérences de la dure-mère à l'arachnoïde, le long des glandes de Pacchioni; augmentation du liquide encéphalo-rachidien, qui est trouble, jaunâtre; les méninges présentent une double injection, veineuse d'abord dans les gros vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau, artérielle ensuite, sous forme de fines arborisations qui parcourent l'arachnoïde; le feuillet viscéral est épaissi et d'un blanc

laiteux uniforme, la pie-mère est œdémateuse et renferme par plaque quelques suffusions sanguines; adhérences en plusieurs places et très intimes entre la pie-mère et la substance cérébrale; la couche corticale n'est pas ramollie, sauf à certains endroits, principalement à la scissure de Sylvius, où elle forme corps avec les méninges et les vaisseaux sanguins; la pulpe cérébrale est encore très consistante. Il y a un piqueté évident de l'encéphale dont les vaisseaux offrent un état de dégénérescence athéromateuse prononcé. (Observation personnelle).

Observation XXXI. — M... arrive à l'établissement, à la suite d'une condamnation pour vagabondage; ses antécédents nous sont inconnus, seulement son facies et son extérieur dénotent, à toute évidence, un buveur émérite. La constitution est usée; la sensibilité à la douleur très émoussée; il existe des contractions fibrillaires des lèvres et des muscles de la face; les lèvres, la langue, les mains tremblent fortement; le bras gauche est même le siège de contractions choréiques; la parole est traînante, ânonnée; la marche vacillante; il traîne les jambes. Le malade est abruti, c'est la seule expression qui puisse bien caractériser son état intellectuel et moral; cependant la mémoire ancienne persiste encore; il n'y a pas d'inconscience complète; le malade est indifférent, apathique, inerte; va où on le conduit; ne prend intérêt à rien.

Un mois après, la situation s'était déjà notablement aggravée; le malade ne savait plus se tenir debout; le tremblement choréique du bras gauche était continuel; même tremblement des muscles de la face; inégale dilatation des pupilles; il serre encore passablement les mains. Affaiblissement et trouble intellectuel complet, bredouille encore

quelques phrases plus ou moins compréhensibles ; dément complet. Gâteux. Le marasme fait des progrès rapides et le malade meurt 1 1/2 mois après son entrée.

A l'autopsie l'on constate : augmentation notable du liquide encéphalo-rachidien qui est trouble ; atrophie cérébrale ; le cerveau ne remplit pas la boîte crânienne et la dure-mère, avant son ouverture, présente un affaissement marqué. Injection veineuse excessive en même temps qu'arborisations artérielles fines et abondantes ; suffusions sanguines aux parties latérales, surtout à droite ; affaissement prononcé de l'arachnoïde, adhérences notables entre la pie-mère et la substance grise qui offre un ramollissement très prononcé de la presque totalité de sa couche superficielle. Les parties centrales sont réduites en putrilage. OEdème cérébral. (Observation personnelle).

2me *Forme. — Forme maniaque de la paralysie générale alcoolique.* — La deuxième forme est celle que l'on pourrait appeler maniaque ; elle n'est pas la moins fréquente et d'un diagnostic souvent assez difficile, principalement dans ses débuts. Son caractère principal est la perversion des penchants et des instincts ; le fonds est, en général, celui de la paralysie simple : affaiblissement intellectuel, insouciance et inertie morale ; affaiblissement de la motilité ; troubles dysesthésiques de la sensibilité ; anesthésie plus ou moins prononcée, mais tous ces phénomènes sont dominés et souvent cachés par une espèce d'incohérence maniaque, une exubérance de motilité incoercible ; le malade n'est pas un instant tranquille ; il déplace tout ce qui est à sa portée, se déshabille, déchire ses vêtements, en fait de la charpie, arrache ses boutons, ramasse tout ce qu'il trouve, en remplit sa bouche, ses oreilles et ses poches,

s'orne des vieilles loques qu'il ramasse, se salit, se barbouille la main et la figure d'ordures, enduit les murs de sa chambre d'excréments, défait son lit, remue sa paillasse, en éparpille le contenu autour de lui, etc., etc. Cet état persiste souvent pendant de longs mois sans offrir aucune modification, malgré tous les moyens mis en usage; il constitue un ensemble d'actes pour ainsi dire impulsifs, n'ayant d'autre raison déterminante qu'un besoin automatique de motilité.

Avec cela, l'intelligence, malgré son affaiblissement, laisse au malade une certaine lucidité; il se rend plus ou moins compte de sa situation, sait encore défendre ses actes et sa conduite par des raisons spécieuses; les nuits sont mauvaises, le sommeil nul. Les idées de grandeur sont assez rares, et quand elles existent, passagères et superficielles; on rencontre plus fréquemment des idées hypocondriaques.

Insensiblement, la démence devient plus profonde; la motilité faiblit, la paralysie progresse rapidement et le malade finit par tomber dans le marasme.

Observation XXXII. — M. est un buveur d'ancienne date; il souffre depuis assez longtemps de gastrite alcoolique; son caractère s'est modifié; il est devenu difficile, irritable, méchant.

Au moment de son admission, il offre les symptômes de la paralysie générale : affaiblissement intellectuel prononcé avec incohérence; insomnie; tremblement des membres inférieurs et supérieurs; convulsions fibrillaires des muscles de la face; affaiblissement de la motilité; la marche est vacillante; ne sait se tenir sur une jambe; la constitution est délabrée; les voies digestives en mauvais état.

L'affection s'améliore sensiblement; le malade est plus

calme et plus lucide; le sommeil reparaît; la motilité se raffermit. Mais au bout de quelques mois, nouvelle aggravation; surexcitation continuelle; le patient est toujours en mouvement; ne dort plus; loquacité incohérente; remplit ses poches de chiffons, de vieilles feuilles, de cailloux; déchire ses effets, arrache les plantes, les cache dans les coins du jardin ou en remplit ses poches, est sâle, débraillé, perd ses souliers, se déshabille, marche et patauge dans la boue; déplace tout ce qui est à sa portée. En même temps la motilité s'affaiblit; tombe de côté et d'autre; devient gâteux. Pas d'idées de grandeurs, mais idées hypocondriaques; il demande tous les jours des médicaments pour les souffrances qu'il dit ressentir; se préoccupe d'un cor-au-pied qui lui fait du mal. Cet état persiste avec quelques légères périodes de rémission et d'exacerbation pendant environ douze mois; puis le marasme survient; la nutrition s'altère; il ne sait plus se lever et meurt au bout de quinze mois de séjour à l'asile.

A l'autopsie on constate toutes les altérations de la méningo-encéphalite diffuse; opacités avec traînées laiteuses de l'arachnoïde; adhérences méningiennes étendues; ramollissement de la couche cérébrale grise (Observation personnelle).

3me *Forme. — Paralysie générale alcoolique expansive.* — Cette variété offre tous les symptômes de la folie paralytique type; nous croyons inutile d'en faire ici la description détaillée; un exposé succinct des différences qui séparent le type ordinaire du type alcoolique nous semble le mieux répondre au but; nous examinerons successivement ces différences dans les commémoratifs, la période d'invasion et la période d'état de l'affection.

Pour pouvoir affirmer une paralysie générale alcoolique, il faut découvrir chez le sujet l'existence antérieure de quelques symptômes d'intoxication; les simples abus de boissons ne suffisent pas. Ce sont tantôt des accès plus ou moins répétés de delirium tremens, ou quelques-uns des désordres de la motilité ou de la démence morale alcoolique; tantôt certains phénomènes de l'alcoolisme viscéral, tels que gastrite des buveurs, engorgements du foie, stéatose, en un mot, l'un ou l'autre des symptômes, soit isolé, soit en masse, de l'alcoolisme chronique. Il n'est pas rare aussi de découvrir dans les antécédents morbides certains accidents aigus de l'intoxication : ivresses pathologiques, accès d'irritabilité et de colère, idées de suicide.

La période d'invasion est excessivement variable et il n'arrive que trop souvent que le diagnostic reste longtemps et forcément en suspens. Il n'existe aucun signe certain qui indique le passage de l'alcoolisme chronique à la paralysie générale; du reste, il n'est pas toujours facile de décider, même anatomiquement, si la paralysie générale alcoolique existe en réalité, car les adhérences méningiennes qui en forment presque le seul caractère anatomique, sont parfois si minimes, si rares et si limitées qu'elles échappent à l'observation et que l'on en arrive à se demander si elles existent réellement.

Quand la paralysie générale alcoolique doit se produire sur un fonds d'alcoolisme préexistant, ce n'est pas, comme on l'a trop souvent affirmé, le délire des grandeurs qui constitue le symptôme de transition; les conceptions ambitieuses, comme nous le verrons plus loin, se rencontrent fréquemment dans la folie alcoolique et donnent à peine une présomption de paralysie générale; c'est bien plutôt

l'affaiblissement intellectuel, l'état de démence enfantine précoce, ce symptôme si caractéristique de la méningo-encéphalite diffuse et qu'il faut savoir découvrir sous les apparences les plus diverses, qui devient le symptôme diagnostique le plus important.

Le délire des grandeurs, quand il existe, a souvent un cachet assez différent dans les deux affections; dans la paralysie ordinaire, il est plus enfantin, plus niais; dans la paralysie alcoolique, il est mieux déterminé, plus cohérent, plus raisonné.

Dans la dernière, l'on rencontre encore beaucoup plus fréquemment que dans la folie paralytique type des conceptions délirantes de nature autre; ce sont d'abord des idées de jalousie se rapportant à la fidélité conjugale; le mari croit que sa femme le trompe, qu'elle a des amants et se dérange avec d'autres; ce sont ensuite des idées de persécution de nature variable, mais plutôt matérialisées qu'abstraites, résultant en général d'hallucinations; les idées d'empoisonnement ne sont pas rares.

Arrivées à la période d'état, les deux variétés offrent des différences dans leurs symptômes psychiques et dans leurs symptômes physiques.

Parmi ceux-ci, vient en première ligne, la paralysie; sa manière d'être est différente dans les deux types de l'affection : dans la forme ordinaire, le trouble de la motilité est à peine appréciable au début, l'hésitation de la parole, le fourchement de la langue, si remarquable, reste parfois pendant longtemps l'unique caractère; le tremblement de la langue et des lèvres, de même que celui des membres, est peu marqué, et quand il existe précoce, il est d'ordinaire absolument généralisé. Les malades conservent leur

énergie musculaire; la combinaison des mouvements devient seule plus difficile; c'est en prononçant des mots compliqués, c'est en exécutant des mouvements combinés, comme celui de tourner rapidement sur un pavé inégal, qu'apparaît la lésion de la motilité; en dehors de là, tout semble régulier et normal. Autre est la lésion alcoolique de la motilité : la paralysie n'est jamais généralisée dès le début; elle commence par l'extrémité des membres, doigts et orteils, qui sont d'abord engourdis ou inhabiles avant d'être affaiblis; puis elle monte successivement jusqu'aux coudes et aux genoux, limite qu'elle ne dépasse que rarement; au lieu donc d'être générale d'emblée, elle est partielle et envahissante.

Un autre caractère, peut-être plus difficile à apprécier, c'est que dans la folie paralytique ordinaire, la lésion de la motilité est plutôt ataxique, tandis que dans la paralysie alcoolique elle est plutôt de nature paralytique; chez le paralysé, c'est de l'irrégularité des mouvements avec saccades et violence d'impulsion; chez l'alcoolisé, c'est de la débilité et de la faiblesse. Ainsi, l'aspect des deux malades, à la même période de leur maladie, est fort différente : l'un sera encore actif, remuant, souvent pétulant et ferme sur ses jambes; l'autre sera affaissé, lourd, se traînant difficilement, se levant péniblement et cherchant toutes les occasions de reposer ses membres alourdis. Le paralysé soulèvera un fardeau que l'alcoolisé pourra à peine remuer; l'un serrera fortement les mains, tandis que l'étreinte de l'autre sera à peine appréciable; l'un terminera des marches que l'autre pourra à peine commencer.

Les signes différentiels tirés du tremblement ne sont pas moins importants : dans la folie paralytique type, ce symp-

tôme fait fréquemment défaut, surtout au début, et quand il existe, il n'est encore qu'à peine appréciable, ne se voit guère qu'aux extrémités, aux pieds et surtout aux mains, aux lèvres et à la langue.

Dans la paralysie alcoolique, il est, d'ordinaire, généralisé, très évident, visible à première vue, s'étend à tout le corps, à la tête comme au cou, et se manifeste par une trémulance générale. Ce qui est plus caractéristique encore, ce sont les convulsions fibrillaires des lèvres et des muscles de la face, de l'orbiculaire des paupières, de l'élévateur de la bouche, qui entrent en action au moindre effort que fait le malade. Le tremblement de la langue est beaucoup plus prononcé dans l'une que dans l'autre des variétés, mais ce qui est plus remarquable encore, c'est l'hésitation de la parole : celle-ci offre, des deux côtés, des différences essentielles. Dans la paralysie alcoolique, la parole est tremblée, ce qui est en rapport avec la trémulation des différentes parties qui entrent en jeu au moment de la formation des mots; l'hésitation du paralysé véritable est toute autre : c'est un désordre ataxique et qui dérive d'un défaut d'association, tant matériel que psychique; l'on pourrait dire que les muscles ont de la peine à s'entendre pour combiner les mouvements qui doivent produire les mots, et l'intelligence a de la peine à trouver les éléments pour combiner les syllabes. Quand le paralysé alcoolique veut parler, tous les muscles labiaux commencent à trembler et l'expression du mot est le résultat d'un effort musculaire excessivement pénible. Quand, au contraire, c'est le paralysé général qui parle, les mots arrivent facilement, sauf par intervalle, où l'un ou l'autre muscle ou même l'intelligence, si on peut le dire, fait un faux pas. Certains malades conservent cette

différence bien marquée jusque fort avant dans le cours de leur maladie; chez d'autres, elle se perd plus rapidement pour aboutir à l'uniformité paralytique.

La sensibilité physique offre des caractères à retenir; les dysesthésies sont fréquentes, l'on pourrait même dire constantes, dans la paralysie alcoolique; elles sont rares dans la paralysie générale ordinaire; les fourmillements, douleurs, crampes, engourdissements, sont des phénomènes habituels à l'intoxication alcoolique et que l'on rencontre rarement dans la folie paralytique. Ce signe n'a pourtant de valeur que pour autant qu'il se présente dans ses limites extrêmes, absence complète ou existence bien prononcée. Réduit à quelques vestiges, il ne saurait avoir d'importance réelle. Il n'est cependant pas inutile de remarquer que dans la paralysie ordinaire, les phénomènes dysesthésiques sont beaucoup plus généralisés, tandis que dans la paralysie alcoolique, ils occupent d'ordinaire les extrémités en dépassant rarement les coudes ou les genoux.

Les troubles sensoriels sont fréquents dans la paralysie alcoolique, surtout au début : les éblouissements, vertiges, obscurcissement de la vue, mouches volantes, bourdonnements d'oreilles, etc., etc., sont des symptômes presque constants, et quand ils existent, ils sont pour ainsi dire continus avec exacerbation et se reproduisant à intervalle rapprochés, tandis que quand ils surviennent dans la folie paralytique, c'est plutôt à titre de complication, d'épiphénomène; ils persistent quelque temps, puis disparaissent absolument pour ne reparaître qu'assez longtemps après.

Les signes psychiques ont une réelle importance dans le diagnostic différentiel; parmi eux, la forme de la démence est un des meilleurs. Dans la folie paralytique ordinaire,

l'affaiblissement intellectuel constitue, il est vrai, le fonds de l'état morbide, mais ce fonds est presque toujours fortement voilé par la forme du délire et par l'état expansif de la sensibilité morale; il existe, en apparence, une grande activité intellectuelle, une excessive vivacité des idées au travers desquelles il est parfois difficile de saisir la déchéance de l'intelligence; le délire des actes, comme le délire des conceptions, se montre d'ordinaire au premier plan. Dans la paralysie alcoolique, c'est le contraire qui a lieu; c'est la démence qui occupe le premier plan, et ce, avec les caractères spéciaux de la démence alcoolique; les idées délirantes sont moins prononcées, moins saillantes, souvent passagères et fugaces. C'est d'abord un état d'hébétude plus ou moins profonde, une torpeur intellectuelle avec ralentissement de l'intelligence; c'est l'inertie et l'apathie morale qui prédominent; le délire semble ne pas pouvoir percer ce fonds de stupidité qui finit par l'abrutissement. Malgré cela, le malade semble conserver plus de lucidité et plus de conscience de sa situation; on peut parfois l'amener à reconnaître son mal, chose preque impossible dans la folie paralytique ordinaire.

L'existence ou l'absence d'illusions sensorielles, et surtout d'hallucinations de la vue, n'a pas l'importance que l'on s'est plu à attribuer à ce signe. Dans une thèse récente, un médecin français a prouvé que la folie paralytique type, en dehors de toute influence alcoolique, offrait, beaucoup plus souvent qu'on ne le pensait, des hallucinations même persistantes de la vue et de l'ouïe. Mais les troubles sensoriels offrent, dans la paralysie alcoolique, un aspect particulier qu'ils n'ont pas dans le type opposé; ils y conservent le cachet, la physionomie et les caractères du délire alcooli-

que : ce sont plutôt des visions que des hallucinations auditives; elles sont variables et changeantes, et portent souvent encore l'empreinte de la panophobie alcoolique; elles sont accompagnées d'agitation anxieuse, de rêves, de cauchemars, d'insomnie; elles déteignent davantage sur le délire et donnent un cachet spécial à l'ensemble de la physionomie morbide.

Les hallucinations de la folie paralytique, au contraire, sont beaucoup plus disséminées, plus épisodiques; elles ne se font sentir que de loin en loin, sont moins persistantes et moins tenaces; elles ne constituent qu'un incident de peu de valeur, qui passe souvent inaperçu et qui n'a aucune influence sur la constitution du délire; c'est le contraire dans la paralysie alcoolique. Ici le délire semble, pour ainsi dire, dériver directement du trouble hallucinatoire; dans le cas opposé, il est plus spontané et les hallucinations n'en modifient aucunement la constitution.

La nature des idées délirantes offre de même quelque chose de spécial qu'il n'est pas inutile de rappeler. Il est bien entendu que nous ne parlons ici que de la variété expansive de la folie paralytique alcoolique, du reste la plus rare de toutes, au point que Voisin a pu écrire que les idées de grandeurs étaient exceptionnelles dans cette forme de paralysie. Ce qui semble plus exact, c'est que ces idées ne sont pas toujours exclusives, exubérantes et prédominantes; elles sont très souvent mélangées de délire des persécutions de nature hypochondriaque, avec idées d'influence magnétique ou électrique, idées qui proviennent d'un restant de trouble hallucinatoire des sens ou de la sensibilité générale : « l'électricité leur travaille le corps; ils ont du mauvais dans l'estomac, ils ont de la pourriture dans le ventre. »

Les dispositions morales sont variables; l'état expansif pur, exubérant de la folie paralytique type se rencontre moins fréquemment : c'est plutôt une satisfaction enfantine, une démence béate; d'autres fois persistent des traces de la mélancolie alcoolique préexistante.

Telle est la description des trois individualisations les plus fréquentes de cette évolution progressive qui constitue l'alcoolisme chronique cérébro-spinal. Il nous reste à examiner les complications qui surviennent le plus fréquemment pendant le cours de l'une ou de l'autre de ces formes.

C. *Complications.* — Sous cette dénomination, nous comprenons les affections bien définies qui surviennent pendant l'évolution de l'alcoolisme chronique. Ce sont de véritables épiphénomènes qui sont produits par l'intoxication elle-même; c'est de son processus qu'ils naissent, et c'est sur son fonds qu'ils se développent; cependant leur production est en général indirecte, nullement nécessaire, et dépend de causes variables et qui ne sont pas toujours connues.

Parmi elles, viennent se ranger :

1. *La pachyméningite.* — De nombreux travaux ont été entrepris depuis le commencement de ce siècle pour élucider cette partie, relativement restreinte, de l'histoire de l'alcoolisme. On peut y constater trois périodes sucessives pendant lesquelles c'est alternativement l'hémorragie et la fausse membrane qui jouent le rôle principal dans la pathogénie de l'affection.

Pendant la première période, qui eut surtout pour représentants Baillarger et Bayle, la pachyméningite n'est qu'une hémorragie méningée qui s'enkyste aux dépens de la fibrine du sang dont elle est formée. C'est l'opinion de Baillarger. Mais on conteste à la fibrine la propriété de s'organiser;

Bayle alors donne à la néo-membrane une origine inflammatoire : elle est pour ainsi dire sécrétée par la dure-mère, à la suite de l'irritation de celle-ci par le coagulum sanguin.

Pendant la seconde période, les idées émises sur le processus formatif se modifient complètement; l'hémorragie n'est plus considérée que comme accessoire; la fausse membrane, qui devient néo-membrane, constitue la trame essentielle de l'affection. Bien que Cruveilhier eût déjà fait entrevoir ce mode de formation, ce fut Heschl, qui le premier le transforma en théorie; mais au génie vulgarisateur de Virchow appartient l'honneur de l'avoir généralisée et de lui avoir fait acquérir droit de domicile dans la science. C'est à peine si pendant vingt années l'on entendit s'élever une seule voix discordante. Mais comme le progrès finit par atteindre les théories, même les mieux assurées, celle de Virchow fut ébranlée à son tour, et alors s'ouvrit la troisième période, dont Hugenin semble devoir être le plus ardent champion. On en revint en partie aux idées de Baillarger et l'on restitua à l'hémorragie toute l'influence dont elle semblait avoir été pour toujours privée.

Pendant ces trois périodes, de nombreux travaux vinrent s'accumuler autour de la question, et les consciencieuses discussions dont chaque observation fut l'objet, dès qu'elle était apportée à la science, ne furent pas sans résultat sur les progrès ultérieurs. Aucun élément du processus pachyméningitique et hémorragique, tant en lui-même que dans son influence sur les processus consécutifs, ne resta ignoré, et de l'ensemble de ces notions aujourd'hui définitivement acquises, l'on peut admettre; comme le dit l'auteur du travail inséré dans le *Bulletin de la Société de médecine mentale* (n° 14, p. 16), qu'il existe réellement deux formes de pachy-

méningites : « une première, la pachyméningite véritable et que l'on pourrait encore appeler primitive, où les fausses membranes, qui constituent pour ainsi dire un des éléments de l'activité morbide de la dure-mère, sont évidemment primitives et forment à elles seules toute la maladie; l'hémorragie peut faire défaut et quand elle existe, ce n'est jamais qu'un incident, une complication dont il faut savoir tenir compte dans la marche des phénomènes morbides, mais qui doit rester en dehors de l'activité de la lésion membraneuse elle-même. Dans la seconde forme, que l'on pourrait appeler pachyméningite secondaire ou consécutive, l'épanchement est le premier terme de l'évolution morbide; une inflammation irritative avec sécrétion d'un liquide plastique en est la seconde phase, et la formation définitive de la néo-membrane qui enveloppe le caillot sanguin constitue le degré ultime de l'organisation de l'hématome méningien. »

Les diverses phases de l'activité morbide sont donc semblables : inflammation irritative des séreuses crâniennes, épanchement plastique et formation de néo-membranes, qui se vascularisent rapidement; seulement la succession des périodes varie notablement.

La réalité de ces deux processus pachyméningitiques différents ne saurait plus guère être révoquée en doute aujourd'hui, en présence des documents qui se trouvent consignés dans la science et des nombreuses expériences qui ont été instituées.

Il résulte, en effet, des expériences de Laborde, Vulpian, etc., que du sang envoyé dans la cavité arachnoïdienne soit en dilacérant un sinus, soit en mettant cette cavité en communication avec la carotide primitive, forme un coagulum qui se limite rapidement et s'entoure au bout de peu

de jours d'une néo-membrane développée secondairement autour de lui. Laborde cite dans le *Bulletin de la Société anatomique*, l'observation d'un homme qui, sans antécédents morbides aucuns du côté du cerveau, fut frappé subitement d'accidents apoplectiques et mourut au bout du douzième jour. L'autopsie permit de constater une hémorragie enkystée dont la membrane d'enveloppe ténue ne renfermait absolument aucune trace de vascularisation. Les observations analogues ne manquent, du reste, pas dans la science. Dernièrement M. Luys a apporté un cas plus probant encore. Il s'agit dans cette observation d'un alcoolisé, qui succomba trois jours après le début d'accidents cérébraux. M. Luys trouva à la surface interne de la dure-mère un caillot noirâtre emprisonné par des tractus fibrineux et sur la limite duquel le microscope décelait un commencement d'inflammation de la méninge, caractérisée par la présence de noyaux embryoplastiques.

En présence de tels documents, il paraît difficile, si pas impossible, de nier la pachyméningite consécutive ou secondaire.

Mais la réaction a été trop loin, quand elle a voulu nier complètement la pachyméningite primitive, telle que l'avait si magistralement établie Virchow. Le seul argument sérieux que l'on puisse invoquer contre la manière de voir du savant médecin de Berlin, c'est l'absence fréquente, si pas constante, de toute trace d'inflammation dans la dure-mère qui doit devenir le siége de la pachyméningite. Mais cet argument perd toute sa valeur quand on réfléchit que l'hémorragie ne se produisant d'ordinaire qu'à l'époque de la vascularisation de la néo-membrane, c'est-à-dire après un temps assez long, la congestion inflammatoire qui y a donné

lieu, peut avoir tout à fait disparu. D'un autre côté, les adhérences qui existent toujours du côté de la dure-mère et jamais du côté de l'arachnoïde cérébrale nous semblent un argument décisif en faveur de l'origine dure-mérienne. On rencontre parfois la pachyméningite dans le rhumatisme qui est même considéré comme une cause de l'affection; ce fait constitue un nouvel argument en faveur de sa nature inflammatoire.

Ces principes admis, nous passerons à la description de la pachyméningite d'abord, de l'hémorragie méningée ensuite.

Pachyméningite. — L'inflammation de la dure-mère est un accident, on pourrait presque dire fréquent, de l'alcoolisme chronique, et il serait plus fréquent encore si on parvenait à en mieux assurer le diagnostic.

Les causes occasionnelles sont peu connues ; tout ce que l'on sait, c'est que cette affection ne naît en général que sur un fonds d'alcoolisme bien caractérisé; mais quant aux facteurs qui en déterminent l'explosion, ils sont encore assez difficiles à apprécier en dehors des traumatismes dont l'influence est notoire et s'explique, du reste, facilement; la pachyméningite accompagne souvent la paralysie alcoolique, quelle que soit la forme de cette dernière.

Anatomie pathologique. — La pachyméningite est le type des inflammations néo-membraneuses ; la période d'irritation qui précède la formation de l'exsudat organisable n'a jamais été observée ; c'est même là un argument que l'on invoque contre l'existence de l'inflammation pachyméningitique. Jaccoud admet par analogie, comme phénomène initial, la fluxion et l'exosmose vasculaire.

La néo-membrane se présente tantôt sous forme d'une

toile réticulée tellement fine, qu'on peut la comparer à une toile d'araignée et qu'il est parfois difficile d'en reconnaître l'existence, tantôt sous forme d'une coulée de matière gélatineuse et coagulable; elle est, ou incolore, ou infiltrée d'une quantité variable de sang qui lui donne une coloration rougeâtre. Au début, elle est constituée par une matière amorphe, au sein de laquelle on voit apparaître les éléments du tissu connectif, des noyaux, des corps fusiformes, des vaisseaux qui prennent naissance dans le blastème et communiquent bientôt avec ceux de la dure-mère. Cette vascularisation est parfois très prononcée, et les vaisseaux offrent cette particularité d'avoir leur calibre assez développé et leurs parois très minces; d'autres fois elle manque complètement. Brunet a même eu cette chance particulière de rencontrer sept observations où les vaisseaux faisaient absolument défaut.

La consistance et l'épaisseur des néo-membranes sont en raison de leur ancienneté et en raison du nombre des poussées inflammatoires; dans ces derniers cas, elles affectent la forme de lamelles superposées, plus ou moins intimement unies; on en compte parfois jusqu'à vingt.

Le siège habituel de ces productions pathologiques est la voûte crânienne des deux côtés de la faulx du cerveau. Elles adhèrent presque toujours à la dure-mère par des filaments de tissu connectif, d'abord faibles, mais qui deviennent plus tard de plus en plus solides, sans jamais acquérir une consistance excessive. La surface qui regarde l'arachnoïde est libre de toute adhérence; leurs dimensions sont variables; d'ordinaire, elles recouvrent la surface supérieure de l'hémisphère; elles sont exceptionnelles à la base du crâne.

Le travail pachyméningitique peut se borner à cette première phase, et le résultat unique en est l'organisation d'une

néo-membrane vasculaire. Plus souvent cependant survient une deuxième phase, consistant en une hémorragie qui transforme la néo-membrane en un sac hématique, et la pachyméningite devient l'hématome.

L'hémorragie se fait, soit en une seule fois, soit par poussées successives, dans l'intervalle des couches membraneuses qu'elle écarte. La cause de l'épanchement sanguin n'est pas difficile à constater : la friabilité des vaisseaux, la ténuité de leurs parois, la fréquence de la dégénérescence graisseuse, les rendent faciles à rompre sous l'influence de la moindre exagération dans la pression sanguine. Une fois produite, l'hémorragie se trouve ainsi enkystée dans l'épaisseur de la néo-membrane et forme l'hématome méningien.

Le kyste hématomique peut être simple ou double; tantôt il n'occupe qu'une partie assez limitée de la surface supérieure du cerveau, tantôt il en recouvre toute l'étendue, mais il embrasse surtout les lobes antérieurs et moyens. Ses parois peuvent être réduites à l'épaisseur d'une simple toile d'araignée ou constituer une membrane fibrineuse assez épaisse et renfermant plusieurs couches superposées; la coloration varie du blanc grisâtre au rouge brun; celle-ci dépend de l'infiltration sanguine dont la membrane est le siège. Le sac que forme l'hématome est unique ou multiple, et dans ce dernier cas, le kyste est multiloculaire et contient plusieurs poches de différentes grandeurs contenant du sang plus ou moins récemment épanché. Le sac est toujours adhérent d'une manière plus ou moins lâche à la dure-mère crânienne; il est libre du côté du cerveau.

Le sang que contient la poche kystique se présente sous les formes les plus diverses; tantôt c'est du sang pur, récemment épanché; tantôt il est déjà pris en caillot et s'offre

sous forme de magma noirâtre nageant dans de la sérosité sanguinolente, et dont la partie fibrineuse ne tarde pas à se déposer sur la paroi interne du sac; tantôt enfin, ce n'est plus qu'une sérosité plus ou moins foncée et plus ou moins trouble, qu'il est parfois nécessaire d'analyser pour parvenir à en constater la nature. D'autres fois, l'épanchement sanguin se présente plutôt sous forme capillaire et constitue de petits foyers multiples depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une noisette; la quantité de l'épanchement varie, en général, de quelques gram. à cinq cents gram.; il lui arrive parfois de perforer la membrane d'enveloppe et de s'épancher en partie au dehors.

Certains auteurs ont constaté, dans l'intérieur du sac pachyméningitique, un liquide incolore, à peine légèrement jaunâtre et qu'il est difficile de rapporter à une hémorragie; on est généralement d'accord pour y voir de la sérosité épanchée à la suite de l'irritation inflammatoire dont la néo-membrane peut être le siège.

Il est rare que la pachyméningite ne soit pas accompagnée d'autres lésions encéphaliques, dont les unes sont plutôt la cause, les autres l'effet de l'affection elle-même. Parmi les premières, il convient de citer les troubles circulatoires sous leurs diverses formes, les dégénérescences des vaisseaux, les inflammations chroniques des membranes et de la pulpe cérébrale. Parmi les secondes, une seule est réelle : c'est la dégénérescence cérébrale, résultat ordinaire de la compression exercée par l'hématome sur le cerveau lui-même. Le cerveau se creuse, en général, d'une cavité égale au volume de l'hématome; la science n'a pas encore exactement établi la nature de cette dégénérescence; le ramollissement de la pulpe nerveuse paraît indépendant de la

lésion pachyméningitique ; c'est une affection souvent concomitante ; en dehors du ramollissement on trouve la substance, ou atrophiée, ou remplacée par du tissu connectif.

Symptômes. — Les symptômes de la pachyméningite sont peu caractérisés, et ils le sont d'autant moins que nous ne considérons ici que la pachyméningite alcoolique, c'est-à-dire celle qui se produit dans un cerveau déjà malade antérieurement, et dont les différents troubles circulatoires viennent toujours mélanger leurs symptômes à ceux de l'affection elle-même.

Les auteurs ont généralement admis deux périodes, une première d'irritation qui correspond à l'inflammation de la dure-mère et à la formation de la néo-membrane et une seconde, qui peut faire défaut et qui correspond à l'hémorragie dont l'épanchement forme l'hématome.

La première période est d'ordinaire caractérisée par de la céphalalgie, des vertiges, des étourdissements, des tintement d'oreilles, de l'incertitude et une certaine faiblesse de mouvements, le tout accompagné de rétrécissement des pupilles. La plupart de ces symptômes sont propres à l'alcoolisme chronique simple, aussi bien qu'à la pachyméningite ; il en résulte que l'inflammation néo-membranienne ne saurait se diagnostiquer avec quelque certitude chez l'alcoolisé que dans des circonstances exceptionnelles, c'est-à-dire quand les phénomènes précités surviennent chez des malades qui n'en offraient pas de pareils antérieurement, et en dehors des conditions qui pourraient en expliquer autrement la production.

La symptomatologie de l'hématome est beaucoup plus évidente, surtout dans les conditions où nous nous sommes placé, c'est-à-dire dans l'alcoolisme chronique ; la grande fréquence de l'accident doit tenir l'esprit en éveil.

Les phénomènes varieront évidemment suivant la quantité de l'hémorragie et la rapidité de sa production ; il est rare que l'abondance et l'instantanéité amènent tous les symptômes de l'apoplexie froudroyante et soient suivies de mort au bout de peu de temps. L'épanchement se produit d'ordinaire d'une manière plutôt lente et insensible, augmente progressivement, décroît de même ; parfois il se produit par poussées successives.

La plupart des symptômes initiaux de l'hémorragie néomembranienne sont le résultat de la compression qu'exerce sur les hémisphères cérébraux l'épanchement sanguin; ce n'est donc pas tant la quantité de celui-ci que la manière dont il s'opère, qui déterminera la nature des symptômes : un épanchement même abondant, mais qui a lieu insensiblement, occasionnera moins d'accidents graves qu'une hémorragie minime, mais qui se produit subitement; de même les symptômes peuvent varier suivant que la même quantité de sang s'épanche en nappe ou se réunit en foyers.

La pachyméningite hémorragique, bien que ce soit une lésion localisée, donne lieu à des symptômes diffus et à des symptômes en foyers : les premiers dépendent de la compression lente et générale que subissent les deux surfaces hémisphériques par suite de la diminution de capacité du crâne. Parmi eux, viennent se ranger :

1. Le phénomène : apoplexie, qui est un symptôme d'ordre aussi bien intellectuel que matériel et qui offre des modalités fort variables. Il peut ne consister qu'en un simple sommeil, lourd, prolongé, reparaissant par accès, laissant après le réveil des idées confuses, une perte complète du souvenir; il peut consister en un assoupissement plus ou moins profond, dont on parvient encore à retirer le malade,

mais sans le rappeler à la conscience ; il peut enfin consister en un état comateux dont rien n'est capable de le faire sortir. La paralysie suit à peu près la même gradation ; elle peut être tout à fait complète, ou n'exister qu'à l'état de parésie plus ou moins prononcée ; d'autres fois, elle manque complètement. Ce phénomène s'explique, du reste, facilement ; quand l'hémorragie se produit d'une manière lente et insensible, la compression est de même graduelle et insensible, et le cerveau qui a pu s'y habituer n'en ressent plus les funestes effets ou ne les ressent qu'à des degrés très variables.

Les altérations de la sensibilité, qui existent fréquemment comme lésion de l'alcoolisme, n'ont en général que peu de rapport avec la lésion pachyméningitique elle-même.

L'agitation et le délire, pour n'être pas rares, n'ont pourtant pas encore reçu leur détermination bien précise ; on les croit plutôt dépendants des lésions concomitantes que de l'affection elle-même.

Les symptômes circonscrits sont les paralysies localisées, les convulsions et les contractures ; ils peuvent exister en même temps que les symptômes diffus, mais ceux-ci sont toujours prédominants et occupent le premier plan. Les paralysies localisées se résument en hémiplégie des membres ou hémiplégie faciale plus ou moins accentuées. Une observation assez curieuse, c'est que l'hématome est de toutes les lésions cérébrales, celle qui produit le plus souvent la paralysie directe. Les contractures se rencontrent plus rarement et les tremblements ou convulsions fibrillaires répondent aux lésions de l'alcoolisme, bien plus qu'à celles de la pachyméningite.

Les désordres des autres systèmes sont assez fréquents,

mais n'ont rien de bien caractéristiques. Les auteurs ne sont pas d'accord sur les qualités du pouls, ce qui dépend de la fréquence des lésions concomitantes dont l'influence est considérable sur la fonction circulatoire. Nous croyons plutôt, avec Jaccoud, que dans l'hématome de la dure-mère, en dehors de toute complication, le pouls est lent et irrégulier. Seulement, comme l'influence de l'hématome sur le cerveau sain doit être autre que son influence sur un cerveau déjà malade et altéré, on comprend que l'on ait pu constater aussi la fréquence et la régularité du pouls. La respiration reste en général régulière et les fonctions digestives n'offrent que les altérations de l'alcoolisme chronique; les vomissements sont rares, de même que la constipation ou l'incontinence des matières fécales et la rétention ou l'incontinence d'urine.

La marche de l'affection est fort variable, et en tout cas lente et chronique. La première période peut se prolonger pendant des mois, avec des intermittences assez irrégulières; la seconde période, celle de l'épanchement, arrive d'ordinaire d'emblée, d'une manière subite, par une attaque plus ou moins prononcée d'apoplexie; la marche de cette dernière se modèle sur la marche de l'hémorragie elle-même; l'affection peut s'empirer graduellement jusqu'à la mort ou présenter des rémissions et des exacerbations dont la succession traduit la répétition des hémorragies.

2. *Hémorragie méningée.* — Les hémorragies méningées, en dehors de toute existence de pachyméningite, sans être bien fréquentes, se rencontrent cependant plus souvent chez les alcoolisés que dans toute autre affection.

Elles peuvent siéger, soit dans la grande cavité de l'arachnoïde, soit dans le tissu sous-arachnoïdien ou plutôt dans

les espaces sous-arachnoïdiens. Celle qui occupe ce dernier endroit est toujours primitive; la première peut l'être aussi, mais souvent aussi, elle est secondaire, en ce sens que le sang, épanché dans le tissu sous-arachnoïdien, parvient à se faire jour à travers l'arachnoïde dans la grande cavité arachnoïdienne.

La genèse de ces épanchements sanguins n'est pas bien difficile à déterminer; l'altération des vaisseaux, leur ramollissement ou leur dégénérescence granuleuse ou athéromateuse en rendent la rupture facile, et celle-ci est encore aidée par l'état de congestion chronique qui maintient les vaisseaux dans un état de dilatation permanente. D'autres fois, c'est le travail ulcératif d'un foyer de ramollissement qui atteint la paroi vasculaire et amène la rupture et, par conséquent, l'épanchement consécutif.

L'épanchement sus-arachnoïdien, qu'il soit primitif ou secondaire, offre les caractères les plus variables, soit dans sa quantité, soit dans ses dispositions; il peut être excessivement abondant et recouvrir la surface supérieure comme la base du cerveau; ces cas sont rares; d'ordinaire c'est une nappe plus ou moins ténue de sang qui occupe une partie limitée de la substance cérébrale; il est beaucoup plus fréquent de voir ce sang s'épancher secondairement dans la grande cavité de l'arachnoïde; comme nous l'avons exposé dans le chapitre précédent. Ce sang peut s'entourer d'une néo-membrane et former un véritable hématome secondaire, circonstance pourtant assez rare, eu égard à la gravité de l'hémorragie et à la rapidité avec laquelle elle entraîne la mort.

L'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne est beaucoup plus fréquente; on la rencontre souvent dans la para-

lysie alcoolique et elle offre les aspects les plus divers; tantôt ce n'est qu'une simple exsudation sanguine, une véritable suffusion ou ecchymose occupant une partie plus ou moins étendue de la surface cérébrale; d'autres fois, ce sont de véritables épanchements sous forme de sang demi-coagulé ou de caillots compacts, occupant soit le tissu cellulaire qui double la séreuse, soit la pie-mère elle-même. Ces épanchements peuvent être appliqués directement et sans intermédiaires sur la surface des circonvolutions. Beaucoup plus fréquemment que dans les formes sus-arachnoïdiennes, le sang gagne la base du cerveau, et comme il existe une libre communication entre les espaces sus et sous-arachnoïdiens, les ventricules et le rachis, le sang peut fuser à l'intérieur du cerveau et jusque dans le canal médullaire. On le rencontre toujours sous forme de caillots, de magmas ou de gâteau noirâtre, mais jamais sous forme de couches concentriques comme dans l'hématome.

La symptomatologie est celle de la pachyméningite hémorragique; il n'est presque pas possible, dans la situation actuelle de la science, de songer à un diagnostic différentiel entre ces deux formes d'hémorragies méningées ; elles donnent toutes deux lieu à des symptômes diffus de dépression générale; c'est un état de résolution plus ou moins profonde, pouvant aller jusqu'au coma, mais avec conservation des mouvements automatiques et réflexes. Cette apoplexie offre quelque chose de particulier et qu'il est plus facile de reconnaître que de décrire; on ne saurait mieux en caractériser la nature que par le mot d'assoupissement progressif, de somnolence invincible, dont on parvient parfois à retirer le malade, mais dans lequel il retombe aussitôt.

Il ne faut pas oublier que ces diverses lésions sont d'un

diagnostic difficile et qu'on les constate plus souvent à l'autopsie que sur le vivant.

3. *Alcoolisme convulsif.* — Sous cette dénomination viennent se ranger les manifestations convulsives de l'intoxication alcoolique; elles sont nombreuses et variées, et sont constituées principalement par toutes les formes de l'épilepsie.

Certains auteurs, à l'exemple de Magnus Huss et de Legrand du Saulle, en ont fait deux formes distinctes : les convulsions épileptiformes et l'épilepsie alcoolique. « L'alcoolisé chronique, dit ce dernier, est frappé en outre de convulsions épileptiformes qui, quoi qu'en ait dit Magnus Huss, ne passent pas à la longue à l'épilepsie confirmée. Ces convulsions rappellent un peu la chorée et présentent quelquefois certaines ressemblances avec l'hystérie. Leur apparition n'a rien de fixe, rien de périodique. Annoncées parfois par un sentiment quasi vertigineux et par un début vague d'état hallucinatoire imparfait, puis précédées ordinairement d'une sorte de pesanteur de tête dont les malades ne rendent compte que d'une manière confuse, ces convulsions ne sont jamais continues, se manifestent par accès irréguliers, se succèdent à des intervalles très variables et sont suivies de prostration profonde ou affaiblissement des sens et diminution de la liberté morale. Au moment où la convulsion épileptiforme éclate, le malade conserve le plus souvent une demi-conscience de ce qui se dit et de ce qui se fait autour de lui; dans quelques cas graves, il perd complètement conscience. On le voit, ces convulsions épileptiformes ne sont point du tout épileptiques (1). »

Il y a, certes, du vrai dans cette opinion de l'auteur fran-

(1) Legrand du Saulle. *Étude médico-légale sur les épileptiques*, p. 134.

çais; malheureusement du simple tremblement aux contractions convulsives, des convulsions aux attaques épileptiformes et de celles-ci aux attaques épileptiques réelles, il y a une transition graduelle et insensible, et il serait aussi peu aisé, au point de vue clinique, de faire une distinction nette et précise entre les premières, qu'il ne serait possible de l'établir, en théorie, entre les secondes. L'épilepsie et la convulsion épileptiforme constituent peut-être des variétés morbides distinctes dans leur forme clinique la plus tranchée, mais il serait fort difficile de leur trouver un signe diagnostic et d'en faire des individualités anatomiques à part.

Du reste, il n'est pas scientifiquement exact d'assigner toujours à l'alcoolisme chronique la variété épileptiforme, bien qu'elle soit excessivement fréquente dans la paralysie générale alcoolique et que ce soit à cette complication que nombre d'alcoolisés doivent de tomber rapidement dans la démence. Nous ne nions pas que, pour les cas tranchés, la distinction soit possible; mais il est tant de cas intermédiaires, sans caractères bien nettement définis ni d'un côté ni de l'autre, que les formes convulsives et les formes épileptiques, admises par Huss, finissent par paraître tout à fait artificielles. Nous nous bornerons donc à traiter de l'unique forme épileptique.

Épilepsie alcoolique. — L'épilepsie se rencontre fréquemment chez les personnes qui abusent des alcooliques; mais le taux de cette fréquence serait peut-être assez difficile à déterminer d'une manière quelque peu exacte (1); Drouet l'évalue au dixième; ce n'est là du reste qu'un appréciation toute approximative.

(1) Drouet. *Recherches sur l'épilepsie alcoolique*, in *An. méd. psychol.*, 1875, mars.

Avant de passer à l'étude des relations de l'épilepsie avec l'alcoolisme et les excès alcooliques, nous croyons nécessaire d'éliminer de cette étude une discussion qui, pendant plusieurs années, a vivement passionné tous les savants qui se sont occupés de la question de l'alcoolisme convulsif.

Magnan l'avait introduite dans la science sous cette affirmation que l'alcool était incapable de produire l'épilepsie et que partant, là où cette dernière apparaissait, elle était exclusivement occasionnée par l'absinthe, comme principe actif. Si Magnan s'était borné à déclarer que l'absinthe est épileptogène, son affirmation n'aurait probablement rencontré que l'assentiment unanime; mais quand en même temps, il a dénié à l'alcool toute propriété convulsivante, des objections se sont aussitôt produites et qui n'ont pas tardé à entraîner l'abandon complet de cette opinion exclusive. Les obsevvations, rapportées par MM. Ingels et Semal dans le Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique, ne laissent aucun doute sur l'existence de l'épilepsie alcoolique (1). Du reste, à l'époque où l'absinthe était encore inconnue dans la plupart des localités rurales de la Belgique, (il n'en est plus guère de même aujourd'hui), on y observait parfaitement bien des convulsions alcooliques. Drouet rapporte de même une observation très intéressante où les excès alcooliques ont exclusivement donné naissance aux convulsions; et d'autre part, il oppose aux affirmations de Magnan, deux observations négatives du plus haut intérêt, l'une surtout, qui se rapporte à une dame très sobre d'ordinaire, mais qui usa pendant plusieurs semaines de fortes doses d'absinthe dans l'intention d'arrêter une grossesse commençante; un délire alcoolique avec

(1) *Bulletin de la Soc. de méd. mentale de Belgique,* nº 4 p. 34 à 36.

phénomènes d'intoxication chronique s'ensuivit, mais pas le moindre trouble convulsif.

Nous ne conclurons pas de ces observations que l'absinthe ne produit pas de convulsions chez l'homme; nous nous bornerons à affirmer qu'elle ne les produit pas toujours et fatalement et que l'épilepsie peut suivre l'usage de l'alcool tout aussi bien que celui de l'absinthe.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas oublier que l'alcool, tel qu'on l'entend vulgairement, est une substance complexe et que l'ivrogne rend encore plus complexe encore, en en absorbant de plusieurs espèces différentes. Il s'attache rarement à une seule liqueur; il les mélange presque toujours, et c'est leur mélange varié, tout autant que l'alcool lui-même, qui produit sur lui les différentes manifestations que nous observons. En présence de la composition si complexe du vin, de la bière, des différentes eaux-de-vie, du vin blanc et des liqueurs multiples que débite aujourd'hui le commerce sous le nom de genièvre, est-il bien rationnel d'attribuer à l'alcool seul toute la symptomatologie compliquée que produit chez l'homme l'absorption de liqueurs si diverses et si diversement composées? Quelle est sur l'organisme, l'action des huiles essentielles, des éthers et autres principes contenus dans les liqueurs alcooliques? Quel est leur apport dans la production de l'alcoolisme chronique. Nous ne possédons pas les éléments nécessaires à la solution de cette question qui n'est, du reste, traitée ici que d'une manière tout à fait incidente. Les idées que Haeck a émises sur ce sujet n'ont pas été jusqu'à ce jour favorablement accueillies dans la science; celle-ci s'en tient au principe suivant : « Sans vouloir soutenir que l'absinthe, à dose égale, n'est pas plus nuisible que toute autre liqueur au

même degré de concentration alcoolique, il y a lieu de penser que les huiles ou essences contenues dans les alcools accroissent tout au plus les propriétés excitantes de ces agents et modifient fort peu l'expression symptomatologique et le pronostic des affections qu'ils occasionnent. »

Quoi qu'il en soit de cette question, quelles sont les relations de l'alcool avec l'épilepsie. Nous ne parlerons pas ici des accès épileptiformes comme symptôme, non de l'alcoolisme, mais de l'alcool, c'est-à-dire de cette épilepsie encore assez contestée, survenant pendant une ivresse absolument simple, mais de celle qui se produit sur un fonds d'intoxication alcoolique bien caractérisée. L'invasion des convulsions présuppose, en général, un abus assez longtemps continué d'alcool, c'est-à-dire une saturation alcoolique déjà avancée; aussi n'apparaissent-elles qu'à un certain âge, de préférence entre 40 et 50 ans, et à moins de prédispositions héréditaires, elles ne compliquent que rarement le delirium tremens des jeunes gens. Suivant le degré d'intoxication et d'aptitude convulsive, on les voit apparaître d'abord à la suite d'excès plus considérables que d'habitude, et elles se montrent alors de préférence pendant le cours d'un délire tremblant, qui est dans le domaine psychique ce que la convulsion est dans le domaine physique.

Plus tard, la cause excitante, constituée par le surcroît de boissons, peut elle-même faire défaut et la convulsion apparaît en dehors de toute cause occasionnelle, par le seul fait de l'augmentation progressive de l'excitabilité convulsive créée par l'intoxication chronique. Enfin, il arrive un moment où l'aptitude épileptique est telle, qu'elle persiste en dehors de l'élément qui y a donné naissance et que l'alcoolisme peut guérir sans que les crises convulsives dis-

paraissent; l'épilepsie est alors devenue constitutionnelle.

Parfois, mais beaucoup plus rarement, l'on voit l'épilepsie survenir assez longtemps après les atteintes de delirium tremens et en dehors de tout symptôme bien évident d'alcoolisme chronique, sans qu'une cause occasionnelle quelconque puisse en expliquer l'origine, et l'on est pour ainsi dire forcé de la reconnaître dans la saturation alcoolique de l'économie. Drouet en cite un remarquable exemple qui prouve que l'empreinte alcoolique est souvent profonde bien que tout à fait latente.

Les convulsions épileptiques surviennent dans les conditions les plus différentes de l'alcoolisme, et c'est pour ce motif qu'elles peuvent offrir des aspects excessivement variés : au milieu d'un accès de delirium tremens, elles sont accompagnées d'hallucinations; au milieu de l'affaiblissement intellectuel de l'intoxication chronique, elles sont plutôt accompagnées de démence, de stupeur et d'hébétude. Il faut cependant se garder de confondre les symptômes épileptiques avec les symptômes alcooliques, c'est-à-dire ceux qui sont le produit du mal convulsif avec ceux qui dépendent de l'alcoolisme lui-même. Il est vrai que la distinction est plus facile en théorie qu'en pratique, et le caractère que l'on a assigné aux premiers phénomènes, de ne laisser aucun souvenir et aux seconds de laisser dans la mémoire des traces toujours plus ou moins confuses, offre de trop nombreuses exceptions pour ne pas perdre beaucoup de sa valeur. C'est ainsi que Legrand du Saulle cite de ces exceptions un exemple frappant : « Après une orgie, une fille publique a une attaque d'épilepsie alcoolique, revient à elle, se sauve dans la rue, arrive à un quai, se précipite dans la Seine et est immédiatement sauvée. Le

lendemain l'on constate une parfaite lucidité et une mémoire tristement heureuse jusqu'au moment de l'accès convulsif; puis elle s'arrête et ne sait plus rien. »

Plusieurs auteurs se sont plu à rechercher les caractères spéciaux qui distinguent l'épilepsie alcoolique de l'épilepsie ordinaire; mais pour qui a vu beaucoup de convulsifs de l'une et de l'autre espèce, ces signes diagnostiques semblent peu tranchés et offrent le grave inconvénient de s'appliquer à trop peu de cas. L'on peut cependant dire que l'épilepsie alcoolique a, en général, une tendance à s'éloigner du type régulier, par l'un ou l'autre de ses côtés. Ces accès offrent d'ordinaire quelques phénomènes prodromiques, tels que céphalalgie, embarras gastrique, cauchemars, insomnie, bourdonnements d'oreilles, fourmillements, augmentation du tremblement, troubles de la vision, scintillements, éclairs, mouches volantes, amauroses même.

Leur forme est plus ordinairement paroxystique; plusieurs accès se reproduisent l'un à la suite de l'autre et à de courts intervalles; leur durée est plus longue; le malade peut rester 1/4 à 1/2 heure, des heures entières même en plein accès, en proie à des convulsions qui se répètent constamment; plus souvent que dans l'épilepsie simple, les attaques peuvent s'accompagner de différents troubles psychiques, dont l'élément hallucinatoire est un des plus graves; dans ce cas, l'hallucination terrifiante vient s'ajouter aux hallucinations de l'épilepsie et amène les crises les plus violentes et les plus épouvantables. Les malades ainsi atteints sont des plus dangereux, et il n'est personne qui ne se rappelle la relation que rapportent parfois les journaux de leurs horribles méfaits.

Nous croyons superflu de décrire en détail tous les trou-

bles épileptiques qui peuvent se développer sur un fonds d'alcoolisme chronique; ce serait refaire toute l'histoire de l'épilepsie. Disons seulement que dans certains cas, le délire épileptique, le délire alcoolique et l'ivresse viennent mélanger leurs principaux symptômes et constituer des états de trouble intellectuel fort complexes, qui produisent des déterminations intentionnelles variables et souvent dangereuses, et dont il est parfois difficile de trouver le mobile au milieu des éléments disparates dont se compose le délire.

Dans l'épilepsie alcoolique, le trouble intellectuel est d'ordinaire consécutif aux attaques; on y constate souvent, soit cette espèce d'hébétude épileptique ou plutôt de démence aiguë caractérisée par un anéantissement presque complet des fonctions intellectuelles et pendant lequel le malade n'est qu'un véritable automate qui obéit aux impulsions extérieures d'une manière toute mécanique, et sans que la conscience intime y prenne la moindre part; soit de véritables absences, souvent prolongées pendant des heures entières et même des journées durant lesquelles l'épileptique alcoolique cause et agit parfois encore avec les apparences de la raison, bien que la conscience ne participe plus aucunement aux actes posés. D'autres fois, ce sont des états d'hébétude complète : le malade ressemble à une statue au milieu des personnes qui l'entourent; impossible d'attirer son attention et d'obtenir le moindre renseignement sur les faits qui le concernent, ou de lui faire comprendre les circonstances particulières au milieu desquelles il se trouve placé; c'est, en un mot, un véritable automate. Souvent ce sont des actes impulsifs de toute nature qui suivent de près l'attaque et occasionnent parfois les accidents les plus graves. Legrand du Saulle observe que les tentatives de sui-

cide sont fort fréquentes dans ces périodes d'impulsion épileptique, et que là où il y a meurtre, celui-ci est d'ordinaire suivi du suicide de l'assassin. Ces faits sont presque toujours accompagnés d'amnésie. Enfin, il n'est pas rare de voir l'ivresse, chez ces malades, se transformer en manie transitoire.

On rencontre fréquemment chez les différents alcoolisés le vertige et l'absence épileptique; ce qui peut donner lieu à des états de trouble intellectuel plus ou moins transitoire dont l'interprétation n'est pas toujours facile. Les actes impulsifs surtout n'y sont pas rares et amènent souvent des délits ou des crimes qu'il est important de bien savoir caractériser. Quand des convulsions bien définies ont déjà apparu antérieurement chez le malade, le diagnostic possède des éléments suffisants pour permettre au médecin-légiste de baser sur ces considérations des affirmations certaines. Tel est le cas suivant, rapporté par Legrand du Saulle dans son étude médico-légale sur les épileptiques.

Observation XXXIII. — « M..., ouvrier ciseleur, âgé de 29 ans, s'adonne à la boisson et a de temps en temps des accidents vertigineux et convulsifs qui appartiennent cliniquement à l'épilepsie alcoolique. Il est paresseux, irritable, pervers, mais intelligent. Un jour chez un marchand de vin, il saisit soudainement une bouteille et la brise sur la tête d'une jeune fille qui venait d'entrer, qu'il n'avait jamais vue et à laquelle il n'avait pas encore eu le temps d'adresser la parole. Il est envoyé à Bicètre, se rétablit dans l'espace de quelques jours, mais ne sort qu'au bout de 3 mois; il va voir sa victime, à peine convalescente, et lui fait accepter une légère indemnité.

» Une année s'écoule ; M... devenu momentanément sobre, n'éprouve rien de morbide. Il reprend ses excès alcooliques anciens et ne tarde pas à avoir ce qu'il appelle des étourdissements. Il passe un matin dans la rue de la Glacière et frappe violemment au visage une femme qu'il rencontre et lui brise deux dents. Cette femme, il ne la connaît point. Réintégré à Bicêtre et déjà presque guéri, il réclame ardemment sa sortie dès son entrée dans les salles. On le soumet à la plus minutieuse surveillance, et comme l'on ne constate ni délire ni épilepsie, on le rend à la liberté après 4 mois de séquestration (1). »

Legrand du Saulle n'hésite pas à conclure à l'existence de vertiges épileptiques alcooliques : les atteintes d'épilepsie antérieurement constatées justifient suffisamment cette opinion. Dans le cas suivant, les caractères semblent aussi nets et aussi bien marqués; seulement en l'absence de crises convulsives antérieures, le diagnostic certain doit être plus réservé.

Observation XXXIV.— « Jules F..., ex-gardien de la paix, âgé de 55 ans, sujet à des accidents alcooliques, rentre à son domicile, aux Batignolles, à 9 heures du soir, quand tout-à-coup, sans provocation aucune, et sans motif appréciable, il se jette sur un individu marchant paisiblement devant lui et le frappe à outrance. Conduit au poste, il ne peut fournir d'explication, bien que n'étant pas ivre. Le lendemain, au dépôt de la préfecture, il déclare ne pas se souvenir du fait qui lui est imputé. Un autre jour, il entre chez un concierge qu'il ne connaît pas, brise une soupière qui est sur la table et s'en va. Une troisième fois, il cherche à se pendre et n'y parvient pas. Enfin, l'an dernier, il

(1) LEGRAND DU SAULLE. *Ibid.*, p. 128.

met le feu à deux chaises dans sa chambre, sort précipitamment et se fait arrêter pour violence sur la personne d'un militaire.

» Lorsque je l'interrogeai de nouveau, il était déjà redevenu calme, lucide et raisonnable, rempli de bonnes intentions apparentes, n'osant pas nier les faits qui étaient mis à sa charge, mais affirmant qu'il ne se les rappelle pas, qu'il boit moins qu'un autre, mais qu'avec deux verres de vin, il a des montées et qu'alors il n'est plus maître de lui (1). »

Cette dernière observation servira de transition entre le vertige épileptique et l'épilepsie larvée alcoolique. Mais ici la science est encore couverte de tant d'obscurité qu'elle doit pour ainsi dire se contenter des observations que la clinique enregistre. C'est à ce titre que nous rappellerons la suivante :

Observation XXXV. — Un sieur G..., âgé de 39 ans, compositeur d'imprimerie, travaille depuis 25 ans dans la même maison; c'est un ouvrier modèle. On sait qu'il boit beaucoup, mais il n'est jamais ivre. Il résiste à l'alcool, paraît indemne et s'imbibe avec la conviction d'une innocuité acquise. Il perd, dans l'espace de 18 mois, tous les membres de sa famille; il aimait beaucoup sa femme et conservait religieusement ses anciens vêtements. Par une nuit pluvieuse, il est arrêté à la gare d'Ivry, habillé en femme et portant sous ses jupes une peau de mouton. On crut à une participation à quelques clandestines et infâmes débauches. Je l'interroge le lendemain et le trouvai très calme, très intelligent et ayant toutes les apparences d'une sincérité de bon aloi. Il m'apprit qu'à des époques irrégulières,

(1) LEGRAND DU SAULLE. *Ibid.*, p. 131.

il se levait inconsciemment la nuit, revêtait les anciens effets de sa femme, sortait de chez lui et vagabondait au hasard pendant plusieurs heures. Il reprenait connaissance et revenait tout honteux à son domicile. J'établis la probabilité d'accidents épileptiques d'origine alcoolique, et il fut rendu à la liberté. Son patron apprit que G... avait été jugé épileptique et, tout en étant très heureux de voir revenir à l'imprimerie un collaborateur aussi précieux, il ne put s'empêcher de sourire en songeant à cette épilepsie, qui depuis 25 ans ne s'était jamais révélée, alors que G... remplit chez lui une mission de confiance, qu'il arrive à 6 h. du matin et qu'il ne quitte sa maison qu'à 10 ou 11 h. du soir. Quinze à dix-huit mois s'écoulèrent et G... tomba un jour dans l'atelier, eut une attaque convulsive et un accès de délire furieux qui dura trois heures. Six hommes eurent de la peine à le contenir (1).

Complications diverses. — Nous pourrions beaucoup allonger le chapitre des complications de l'alcoolisme chronique, en donnant ici la description de toutes les affections plus ou moins bien caractérisées, qui peuvent venir et viennent souvent modifier la marche normale de l'alcoolisme chronique. Mais ce serait là donner une extension inutile à un travail déjà assez long; d'autant plus que beaucoup de ces états incidents n'offrent pas de caractères suffisamment particuliers pour mériter d'être signalés. Tel est le ramollissement cérébral sous toutes ses formes, en nappe ou en foyer, de même que la lésion vasculaire qui y donne lieu et l'athérome des vaisseaux cérébraux. Telle est encore la sclérose proprement dite, cette espèce d'induration atrophique qui se rencontre par amas diffus et dont la symptomatologie est

(1) *Ibid.*, observ. XXXVII, p. 131.

encore si imparfaite; telle est enfin la congestion cérébrale qui, par sa grande fréquence, offre une importance considérable dans l'alcoolisme chronique et dont l'expression symptomatologique est excessivement variée. Les poussées congestives, tantôt ne donnent lieu qu'aux phénomènes les plus ordinaires de la congestion cérébrale légère, état vertigineux avec céphalalgie et lourdeur de tête; tandis que dans d'autres circonstances elles amènent à leur suite des périodes maniaques, des accès convulsifs, des hémiplégies ou des états comateux qui se terminent rapidement par la mort. La science est, du reste, loin d'avoir dit son dernier mot dans cette grave et importante question des congestions cérébrales, où l'on confond trop souvent l'hyperémie méningienne et l'hyperémie cérébrale proprement dite; les premières nous semblent plutôt en rapport avec les diverses modifications maniaques ou délirantes, tandis que les secondes entraînent à leur suite des phénomènes convulsifs, apoplectiques et paralytiques.

B. *Alcoolisme spinal ou médullaire.* — Nous eussions volontiers consacré un chapitre spécial à l'alcoolisme médullaire et décrit les différentes formes cliniques qui peuvent s'y rapporter; nous eussions voulu mettre en relation les nombreux symptômes observés du côté de la moelle avec les altérations anatomiques que l'on constate à l'autopsie. Mais les éléments nous font complètement défaut pour réaliser notre projet, et, à moins que de faire ici la description de toutes les entités pathologiques dont peut être le siége la moelle épinière (car toutes peuvent se rencontrer dans l'alcoolisme), force nous est presque de passer ce chapitre sous silence.

S'il paraît aujourd'hui reconnu que les diverses espèces

de tremblement que l'on observe dans l'intoxication alcoolique, sont des phénomènes d'origine spinale (bien que le fait ne soit pas prouvé), l'on ignore encore quelles relations ils affectent avec les différentes altérations organiques qui peuvent siéger dans cet organe. Nous croyons, quant à nous, qu'ils dépendent d'une atteinte directe de la cellule nerveuse par l'alcool lui-même.

Dans les cas d'alcoolisme chronique des plus avancés et ayant donné lieu à la mort, on peut trouver la moelle parfaitement intacte, comme Magnus Huss en a rapporté plusieurs exemples. D'un autre côté, dans la paralysie alcoolique, l'autopsie révèle des altérations de nature variable, telles que congestions actives, stases sanguines, dilatations vasculaires, infiltrations œdémateuses de la pie-mère, épaississement des méninges, pachyméningites, hémorragies sus et sous-arachnoïdiennes, diverses espèces de ramollissement, scléroses. Quant aux symptômes propres de ces processus pathogéniques, il est souvent fort difficile de les spécifier d'une manière même approximative, car ils sont presque toujours acccompagnés de troubles cérébraux qui les absorbent pour ainsi dire complètement, au point qu'il est malaisé de faire une distinction entre les manifestations cérébrales et les manifestations médullaires.

Deux formes plus spéciales ont été décrites, l'une sous le nom d'hyperesthésie alcoolique par Leudet, l'autre sous le nom de paraplégie alcoolique par Wilks.

La première nous semble assez mal caractérisée, et si les symptômes qui la constituent et qui consistent principalement en élancements douloureux le long des nerfs des membres et du thorax, et en une augmentation excessive de la sensibilité générale, sont bien d'origine spinale, il se-

rait encore assez difficile de spécifier la nature même de la lésion pathologique.

La seconde, ou paraplégie alcoolique, semble plus réelle et nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs cas. Ce sont souvent des paralysies passagères et curables; elles sont caractérisées par une abolition complète de la motilité des membres inférieurs avec diminution de la sensibilité; l'incontinence d'urine et de matières fécales n'accompagne pas toujours la paraplégie. Elles se produisent dans des conditions variables.

Chez l'un de nos malades, elle eût été difficile à diagnostiquer de prime abord; le patient se trouvait dans un état de démence aiguë avec trouble intellectuel complet, et résolution musculaire presque absolue, mais plus forte aux extrémités inférieures qu'aux extrémités supérieures; la motilité a reparu dans ces derniers, mais la paraplégie a persisté pendant assez longtemps, puis s'est dissipée, mais en même temps le malade a offert la plupart des phénomènes de la folie paralytique. Chez le second de nos malades, garçon brasseur, elle a apparu plus subitement, était accompagnée d'un état de manie alcoolique et a complètement disparu au bout de quelques mois. Nous croyons que les refroidissements ne sont pas étrangers à l'apparition des phénomènes spinaux.

Nous ne parlerons pas de l'ataxie locomotrice progressive ou sclérose, que l'on voit souvent apparaître à la suite d'excès alcooliques, mais qui est peut-être assez rare chez les alcoolisés proprement dits. On rencontre plus souvent chez ces derniers des phénomènes ataxiques de la motilité, parfois même très prononcés, mais qui ne réunissent pas toujours tous les caractères de la sclérose, et dont il

n'est pas facile de préciser la détermination anatomique.

Du reste, nous répéterons qu'il ne suffit pas qu'une affection médullaire survienne chez des personnes faisant abus d'alcooliques pour qu'on puisse lui assigner une nature spéciale; il faut qu'elle naisse sur un fonds bien évident d'alcoolisme chronique, et que son développement soit en rapport intime avec les excès commis; dans ces conditions, il nous semble que les manifestations réellement médullaires de l'intoxication ne sont pas très fréquentes.

3. PATHOGÉNIE DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE.

La pathogénie de l'alcoolisme chronique est, peut-être, plus facile à établir que celle de l'alcoolisme aigu ou ivresse, et s'il n'est pas encore possible d'expliquer aujourd'hui nombre de manifestations, surtout dans le domaine du système nerveux, au moins l'ensemble des phénomènes qui, dans leur évolution progressive, constituent l'intoxication chronique proprement dite, apparaissent-ils, non plus comme autant d'entités isolées, incohérentes, mais bien comme un tout dont les diverses parties, quelque disparates qu'elles soient, se relient ensemble par des conditions générales connues et par des lois déterminées.

L'étude de la marche progressive de l'alcoolisme chronique, des lois qui la régissent et des liens qui unissent entre elles ses différentes manifestations, en constitue la pathogénie.

Deux modifications générales primitives caractérisent l'action de l'alcool sur la trame de nos tissus.

La première est une influence intime, directe, sur la vie cellulaire dont il modifie le processus organique d'une manière immédiate en occasionnant un changement molé-

culaire intime et caché, qui, parfois, ne se révèle qu'à l'occasion de ces ébranlements profonds auxquels donnent lieu, soit les maladies aiguës, soit les grandes lésions chirurgicales. L'alcool, en mettant obstacle à la rénovation et au rajeunissement des tissus, amène des modifications structurales qui donnent lieu à une sénilité précoce prédisposant les tissus à toutes les dégradations, à toutes les destructions généralement réservées à la vieillesse.

C'est dans cette modification cellulaire qu'il faut rechercher l'explication des troubles fonctionnels si singuliers et si graves qui apparaissent chez le buveur de profession à l'occasion des grands traumatismes et des affections générales, et qui se traduisent par cette cachexie latente, se révélant par des dispositions manifestes avant d'éclater, par des atteintes réelles dans la nutrition des organes, en affections bien caractérisées.

Il est évident que le système nerveux, qui montre une attraction si puissante pour l'alcool que celui-ci en imprègne plus particulièrement les éléments histologiques, n'est pas le dernier à en ressentir l'influence. Les premières doses n'impriment à sa constitution moléculaire qu'une modification passagère et transitoire qui disparaît dès que l'agent qui l'a provoquée a cessé ses effets. Mais si cette impression se répète, elle finit par communiquer au système nerveux une impressionnabilité spéciale, une modalité particulière, un état moléculaire dont nous ignorons absolument la nature, mais qui donne à l'élément nerveux des conditions autres, une vie morbide, une disposition spéciale modifiant son action sur l'organisme, et sous l'influence desquelles le système nerveux réagit d'une façon anormale.

Ce sont ces deux modalités, atteignant la vie végétative

et la vie nerveuse, et dont les manifestations sont variées et progressives, qui constituent à proprement parler l'état d'alcoolisme chronique. Certes celui-ci ne reste pas longtemps un état aussi simple et aussi primitif. D'un côté, le processus vital est trop intimement lié au fonctionnement nerveux pour ne pas en ressentir toutes les altérations; d'un autre côté, l'intégrité cellulaire est une condition indispensable au fonctionnement normal du système nerveux; il en résulte une synergie d'influences et d'actions morbides pour amener des troubles dans l'ensemble de l'organisme, modifications qui portent finalement sur l'ensemble des processus organiques constituant la vie.

Les différents désordres qui caractérisent l'alcoolisme chronique dépendent de la triple action de l'alcool sur le système vasculaire, sur la nutrition générale et sur le processus formatif; ses manifestations se caractérisent par :

1° Des troubles circulatoires actifs et passifs donnant lieu consécutivement à des hyperémies, hypostases et désordres inflammatoires;

2° Des dégénérescences granulo-graisseuses;

3° L'exagération de la formation cellulo-fibreuse.

Ces trois processus n'ont pas une influence égale dans la production des désordres alcooliques.

Le plus important de tous est évidemment le processus hyperémique et phlegmasique, dont les traces se retrouvent dans la plupart des lésions organiques dues à l'alcool, et dans lesquelles la plupart de ses manifestations pathologiques trouvent aussi leur explication. Ce processus est, dans l'ordre d'apparition, le premier qui dénote l'atteinte alcoolique. La stéatose est peut-être aussi fréquente; elle est assez précoce, mais n'offre, en général, dans ses pre-

mières atteintes qu'une gravité moindre, en comparaison de ses lésions finales qui constituent une véritable dégénérescence graisseuse; tandis qu'au premier degré elle se borne à une simple infiltration graisseuse.

La formation cellulo-fibreuse est certes le processus le moins important et le plus tardif; il manque chez beaucoup d'alcoolisés et son importance nous semble avoir été quelque peu exagérée.

L'alcool, soit qu'il séjourne un temps plus ou moins long dans les organes, ou qu'il s'élimine par leur trame organique, occasionne par son action irritative et par son influence sur les vaso-moteurs des hyperémies, tantôt actives tantôt passives, qui aboutissent à l'exsudation sous toutes ses formes, depuis la simple sérosité jusqu'aux divers produits inflammatoires organisables.

Les congestions actives sont rares et n'existent que dans les premières périodes de l'alcoolisme chronique; elles se produisent du côté de l'estomac, du foie, des reins et des poumons; l'embarras gastrique et gastro-intestinal aigu, l'ictère, l'albuminurie en sont les symptômes les plus marquants et les plus fréquents. Quant au système nerveux cérébro-spinal, les hyperémies réellement actives qui y siégent n'ont pas encore reçu leur détermination bien précise, mais paraissent surtout caractérisées par des phénomènes délirants.

Les congestions passives ou stases sanguines sont constantes et donnent lieu aux manifestations les plus variées. Les symptômes qui les caractérisent sont dus, en partie, à la présence d'un sang non oxygéné et renfermant des produits de décomposition, et en partie, à l'action directe de l'exsudation qui est la conséquence du trouble circulatoire.

Le fonctionnement de la muqueuse gastrique et la production des différentes sécrétions se trouvent complètement viciés; plus tard, l'exsudat désorganise la membrane elle-même; les digestions sont d'abord incomplètes, puis ralenties et enfin arrêtées ; la lésion peut s'étendre à une partie de l'intestin. Le foie, modifié dans sa circulation, ne sécrète plus qu'une bile imparfaite qui apporte sa part d'influence nocive à celles qui existent déjà du côté de l'organe gastrique; la fonction hémopoïétique est viciée et le sang imparfaitement régénéré — bien que la nature de ce désordre soit encore inconnue — ne porte plus aux organes qu'une stimulation insuffisante. La stase pulmonaire, en mettant obstacle à l'oxygénation complète du liquide sanguin, contribue à en altérer la qualité et vient ainsi apporter un élément de plus aux nombreuses causes qui tendent à en détériorer la composition.

Mais c'est sur le système cérébro-spinal que la stase sanguine produit les effets les plus remarquables, et c'est surtout ici que devient importante la différence entre l'hyperémie active et la stase sanguine. La première, faisant passer à travers la substance grise et les méninges une plus grande quantité de sang normal, doit évidemment en activer le fonctionnement, d'une manière morbide, si l'on veut, mais en produisant toujours une suractivité évidente : de là, des symptômes d'agitation, d'excitation, de délire, sous toutes leurs formes.

La stase sanguine, au contraire, ne mettant plus en contact avec la substance grise du cerveau qu'un sang insuffisant ou vicié, il n'en peut résulter qu'une stimulation insuffisante ou altérée; de là, des symptômes tout à fait opposés : le ralentissement des fonctions cérébrales, la lour-

deur, la stupeur intellectuelle, l'hébétude. La stase sanguine, quand elle se prolonge, amène des modifications dans les parois vasculaires; des dilatations, des amincissements, des anévrysmes capillaires se forment; les parois vasculaires elles-mêmes se modifient; la dégénérescence graisseuse les rend plus friables; la dégénérescence athéromateuse les rend plus cassantes; de là, de nouveaux troubles circulatoires, des congestions locales, des anémies partielles, des suffusions sanguines, des hémorragies même, dont les symptômes excessivement variés, suivant la région où elles se produisent, sont en général diffus et offrent l'aspect de lésions en nappe. A la longue, l'insuffisance de la circulation amène des désordres de nutrition qui peuvent, ou bien occuper une seule région vasculaire, ou s'étendre sur de grands espaces et donner lieu au ramollissement sous toutes ses formes, depuis le ramollissement en foyer jusqu'aux différentes formes de périencéphalites diffuses, surtout de la couche grise.

Mais les stases sanguines sont toujours accompagnées d'exsudation de nature diverse, depuis la simple sérosité jaunâtre analogue au liquide encéphalo-rachidien jusqu'aux différentes exsudations plastiques qui épaississent les mailles de la pie-mère. Ces exsudations, facilement résorbables et organisables, nous semblent jouer, dans la symptomatologie cérébrale alcoolique, un rôle plus important qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour. Les états de stupeur et de stupidité qui ne sont pas rares dans l'alcoolisme chronique, les différents états de parésie et même les paralysies générales plus ou moins passagères que l'on observe assez fréquemment, semblent dus à ces exsudats qui n'ont qu'une durée transitoire.

Mais bientôt l'exsudat s'organise, la partie liquide disparaît, et il persiste des épaississements des membranes cérébrales et des troubles définitifs dans le fonctionnement psychique.

A ces symptômes d'ordre circulatoire, viennent se joindre ceux qu'occasionne l'atteinte directe de l'alcool sur le système nerveux et dont la nature nous est inconnue : c'est le delirium tremens, c'est la folie alcoolique, ce sont les ivresses pathologiques, c'est la démence morale et intellectuelle, tous symptômes qui dépendent de la lésion intime de la trame nerveuse, mais auxquelles les troubles circulatoires viennent apporter l'appoint de leur influence perturbatrice. L'infiltration graisseuse est, de tous les processus alcooliques, celui qui offre le moins de danger; le cerveau en ressent moins son action que les autres organes et les modifications qu'elle produit dans le foie restent longtemps sans retentir sur la santé générale. Le centre circulatoire seul y est beaucoup plus sensible et l'infiltration, plus tard la dégénérescence graisseuse, en affaiblissant l'activité du muscle cardiaque, aide beaucoup à aggraver les différents troubles circulatoires qui se produisent dans les viscères et notamment le cerveau. Ce qu'il y a de plus grave, c'est que la stéatose des vaisseaux est d'ordinaire liée à la dégénérescence athéromateuse dont elle accélère peut-être la production et qui peut avoir de graves conséquences, tant dans le système circulatoire lui-même que dans les viscères où les vaisseaux se distribuent et où peuvent se produire des ruptures souvent mortelles.

L'hyperplasie cellulaire ou production fibreuse, processus qui ne se manifeste qu'à une période assez avancée de l'alcoolisme, apparaît dans les parenchymes sous formes

de cyrrhose du foie, plus rarement de néphrite fibrineuse et plus rarement encore de sclérose médullaire. Celle du cerveau lui-même ne se rencontre qu'exceptionnellement et encore, sa pathogénie est-elle fort incertaine. A la surface des séreuses, elle apparaît surtout sur la dure-mère par la formation de néo-membranes donnant naissance aux pachyméningites cérébrales et médullaires.

A toutes ces influences dégénératives, l'altération du sang vient encore ajouter son action perturbatrice. Un sang plus fluide, plus aqueux, contenant davantage de globules blancs et une fibrine moins coagulable, est évidemment de nature à aggraver l'état constitutionnel et à occasionner un état d'anémie hydrémique qui se manifeste par la bouffissure des chairs, des œdèmes partiels, la facilité des infiltrations, une détérioration de la constitution dont le résultat ultime est un abaissement de la vitalité.

Que maintenant l'on veuille bien examiner ces diverses manifestations dans leur ensemble et dans l'influence qu'elles exercent réciproquement l'une sur l'autre, et l'on se rendra parfaitement compte de l'évolution progressive de l'alcoolisme chronique et de la production finale de la cachexie alcoolique. L'alcool altère directement la nutrition, pervertit l'influx nerveux et apporte des troubles à la circulation sanguine; l'hématose se fait mal et d'une manière insuffisante, les digestions ne livrent plus aux organes que des éléments incomplets et mal élaborés; la constitution du sang s'altère; cette altération réagit à son tour sur la nutrition générale, et ainsi se produit un cercle vicieux dont tous les éléments tendent vers un résultat ultime, la cachexie.

Et comme si tant de causes perturbatrices ne suffisaient

pas à amener assez rapidement des troubles organiques et une usure constitutionnelle, l'alcoolisé voit encore augmenter ses chances de maladie et de déchéance, par suite des nombreuses causes externes auxquelles l'expose sa triste dégradation.

Outre les causes morales, misère, chagrins, soucis, privations, excès de travaux, tous éléments qui aident à déprimer son moral et réagissent d'une façon désastreuse sur sa constitution physique, il voit la faim, le froid, la misère, l'insomnie, les inquiétudes morales s'ajouter aux conditions hygiéniques déplorables où le réduit son vice honteux, pour amener les multiples désordres qui caractérisent cette entité complexe qui constitue l'alcoolisme chronique.

4. ANALOGIES DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE AVEC LA FOLIE ET L'IVROGNERIE.

Les différents types que nous avons admis dans le syndrôme compliqué de l'alcoolisme cérébro-spinal, faciliteront notablement l'étude de cette question.

Il est de toute évidence que les formes désignées sous le nom d'alcoolisme hallucinatoire, de démence alcoolique et de paralysie alcoolique, offrent avec les folies véritables des ressemblances trop frappantes pour qu'il soit nécessaire d'insister sur leurs analogies. Les deux dernières sont de véritables démences, qui peuvent être aiguës ou chroniques, durables ou passagères, mais qui présentent tous les caractères de la démence ordinaire. Dans la forme hallucinatoire, l'affaiblissement intellectuel peut n'être ni aussi notoire, ni aussi évident, mais les épiphénomènes qui la caractérisent, la rapprochent davantage des formes mieux

spécifiées de folie dont elle offre, du reste, la plupart des symptômes.

Reste notre première forme, celle que nous avons désignée sous le nom de dégénérescence alcoolique, et l'ivrognerie.

Mais en quoi consiste l'ivrognerie? C'est là une expression populaire dont il est assez difficile de donner une définition bien exacte et surtout scientifique. Ne peut cependant pas être réputé ivrogne tout individu qui fait des excès alcooliques, quelque nombreux et exagérés qu'ils soient; car tant que ni l'être moral, ni l'être intellectuel ne sont atteints, l'homme qui boit se borne à être un buveur; il ne devient ivrogne que du moment où les excès alcooliques ont produit chez lui cette dégradation morale dont le degré plus avancé constitue notre première forme d'alcoolisme cérébro-spinal, la dégénérescence alcoolique. L'ivrognerie n'est donc pas, à nos yeux, l'état vicieux de celui qui s'adonne à la boisson, mais bien l'état maladif de celui dont les excès ont modifié plus ou moins complètement l'être moral. Compris dans le premier sens, l'ivrognerie peut être un état congénital ou même acquis et qui rentre plus ou moins dans l'alcoolisme héréditaire; dans le second cas, c'est toujours un état acquis par des excès plus ou moins longtemps prolongés.

Les modifications que les abus de liqueurs spiritueuses impriment à l'être moral en dehors des formes bien spécifiées, se rapportent surtout au caractère et à la sensibilité morale.

Le caractère ne tarde pas à éprouver des changements profonds; la sensibilité morale se modifie; les dispositions morales se pervertissent; le buveur devient capricieux,

irritable, irascible; des moments d'humeur sombre apparaissent qui sont suivis de périodes d'irritation et de colère. Des périodes entières de découragement profond, pendant lesquelles l'on voit naître des idées suicides et qui empêchent le buveur-ivrogne de vaquer convenablement à ses affaires et de veiller à ses intérêts; il paraît souvent ennuyé et devient apathique, nonchalant, manque d'énergie et d'initiative; son aptitude au travail diminue; aussi perd-t-il une grande partie de sa valeur comme ouvrier; insouciant de son avenir, il néglige ses intérêts et voit bientôt sa fortune péricliter; la volonté est moins active; l'énergie morale fortement amoindrie.

Mais en même temps la sensibilité morale s'altère; à côté d'une sensiblerie exagérée, d'une émotivité maladive, d'un caractère parfois craintif, timide, peureux, apparaissent des périodes de véritable exaltation; l'homme adonné à l'ivrognerie devient méchant, emporté, cruel, brutal, cynique; il bat sa femme, maltraite ses enfants, détruit tout dans son ménage; les sentiments moraux et affectifs se pervertissent; les sentiments de famille disparaissent; l'ivrogne abandonne sa femme et ses enfants à la misère; leurs souffrances ne parviennent plus à l'émouvoir; la probité, l'honnêteté, la dignité existent à peine encore pour lui; les actions mauvaises et malhonnêtes constituent le fonds de sa conduite; les passions se développent, le jugement se pervertit, la moralité disparaît; le vice et la débauche deviennent ses compagnons ordinaires.

Mais alors déjà, les facultés intellectuelles elles-mêmes ne peuvent plus être considérées comme intactes et la première période de l'alcoolisme cérébro-spinal a fait son apparition. Il serait peut-être difficile de séparer entièrement

cette dernière de l'ivrognerie proprement dite, car une fois la démence morale bien établie, les facultées intellectuelles et les différents systèmes organiques ont déjà subi une atteinte assez profonde pour que l'existence de l'alcoolisme lui-même ne puisse plus faire l'objet d'aucun doute. Il y a du reste, de l'un à l'autre de ces états, une transition insensible pendant laquelle il serait difficile de dire où commence l'un et où finit l'autre.

Quoi qu'il en soit, et à supposer l'ivrognerie indemne de tout autre symptôme, quelle place doit-on lui assigner dans la nosologie médicale? Est-ce un vice, est-ce une maladie? Question grave que nous n'avons pas la prétention de résoudre, mais au sujet de laquelle nous dirons cependant notre opinion.

Les modifications qui se produisent dans l'être moral sous l'influence des alcooliques ne sont pas sans analogues dans le domaine pathologique : les affections du cœur, celles de l'estomac et de la vessie amènent dans le caractère des troubles tout aussi apparents ; les premiers rendent le malade irritable, cholérique; les seconds, le rendent triste, sombre, hypocondriaque et imaginaire.

Est-ce là de l'aliénation mentale ?

Si la nature et l'essence de la folie étaient mieux connues et si un critérium certain permettait de la distinguer de la raison, la question de ses analogies avec les différents états moraux qui viennent d'être signalés serait vite élucidée. Malheureusement ce criterium n'existe pas, et le seul point de repère qui puisse guider le pathologiste est encore, comme nous l'avons déjà plusieurs fois exposé, l'ensemble clinique qui nous montre la folie sous les formes d'une maladie ayant ses débuts, son summum et son déclin, sa

période d'état comme sa marche, ses phénomènes précurseurs, ses prodromes comme sa terminaison.

Faisant l'application de ce principe aux états moraux qui nous occupent et examinant leur évolution dans les différentes circonstances où ils se présentent, l'on ne saurait y voir autre chose que les phénomènes précurseurs, les véritables prodromes d'une affection qui peut se confirmer plus tard. Si les folies cardiaques sont encore excessivement mal déterminées et presque inconnues, les folies d'origine gastrique sont moins rares, et les exemples ne manquent pas où des états d'aliénation bien caractérisés ont suivi à d'assez longs intervalles ces modifications morales occasionnées par des souffrances gastriques. Dans ces cas, ces perversions du caractère étaient-elles autre chose que les prodromes de la folie stomacale, s'il est permis de l'appeler ainsi, et qui éclate plus ou moins longtemps après leur apparition ?

N'en est-il pas tout à fait de même de l'alcoolisme ? Si l'alcoolisme hallucinatoire, la démence ou un autre état de psychose alcoolique suit, à des intervalles plus ou moins éloignés, ces perversions sentimentales, de quel droit ne considérerait-on pas celles-ci comme des prodromes de la folie, au même titre que quand elles précèdent d'un temps plus ou moins long l'éclosion d'une folie ordinaire ?

Du reste, en décomposant les différents éléments qui les constituent et en les comparant à ceux qui caractérisent les prodromes de la folie en général et surtout ceux de la folie paralytique en particulier, l'on ne saurait conserver de doute sur l'exactitude de notre manière de voir.

Peut-être, objectera-t-on la longue durée de ces phénomènes moraux qui occupent souvent l'espace de longues

années et parfois la vie entière. A ceux qui nous feraient cette objection, nous rappellerons que les prodromes de certaines maladies mentales peuvent durer des années; Morel a pu dire avec raison que parfois l'incubation persistait toute la vie, et Voisin a rapporté le cas d'une malade qui, pendant son existence entière, avait été originale, excentrique; sa conduite était irrégulière; elle avait fait la honte et le malheur de sa famille et elle arriva jusqu'à 70 ans, sans pouvoir être qualifiée d'aliénée. A 70 ans, elle eut un accès maniaque qui se termina rapidement par la mort et qui était en rapport avec des raptus méningés et avec une hémorragie vasculaire.

Si l'on examine la nature des prodromes de la folie en général, l'on ne tardera pas à se convaincre que les modifications du caractère, des sentiments, des dispositions morales en constituent l'élément principal, c'est-à-dire que l'essence de leurs manifestations est la même que dans l'ivrognerie.

Quelles sont les modalités diverses des prodromes dans la folie? Là où les modifications qui les constituent ne sont pas l'exagération de l'état antérieur, les emportements, la suffisance, la vanité, l'orgueil s'affranchissent du joug imposé par les convenances sociales; l'activité des sentiments et des penchants, des dispositions érotiques, le zèle religieux, la misanthropie, la tristesse, le dégoût de l'existence font des progrès alarmants. Si, au contraire, une véritable transformation vient à modifier complètement l'être moral, la prodigalité succède à l'avarice, l'irréligion à la piété, l'obscénité à la pudeur, la débauche à la tempérance, l'indélicatesse à la probité, le mensonge à l'amour de la vérité, l'indifférence et même la haine aux affections les

plus tendres et les mieux éprouvées. De là, dérivent des négligences dans les devoirs de famille et de société, le désordre de la conduite, le dérangement des affaires, des irritations, des violences qui, momentanément et quelquefois pour toujours, troublent l'harmonie des rapports avec les parents, les amis (1).

N'est-ce pas là le fonds, presque la forme de la période de dégénérescence morale alcoolique et de cette période prodromique qui constitue l'ivrognerie proprement dite?

Si l'on veut pousser les investigations plus loin, si l'on veut comparer ces manifestations primitives de l'alcoolisme cérébro-spinal avec celles de la période d'incubation des folies organiques, et notamment de la paralysie générale progressive, l'on constatera des analogies encore plus prononcées. Ici, les penchants, les habitudes, les instincts, en un mot, l'être moral tout entier, se modifient et se pervertissent de la façon la plus profonde; le sens moral se perd; tout sentiment esthétique disparaît; le jugement lui-même s'altère; des appétits et des instincts pervers éclosent, et il en résulte finalement une modification complète dans le sens de l'immoralité, de l'apathie, et de l'inertie morale : d'où paresse, nonchalance, oisiveté, dégoût du travail, négligence des intérêts (2).

N'est-ce pas là, encore une fois, une similitude presque trop complète? et le fonds comme la forme, n'est-elle pas à peu près identique dans les deux processus prodromiques? On nous objectera peut-être que la conscience intime sombre rapidement dans la folie paralytique et qu'elle persiste intacte dans la période dégénérative de l'alcoolisme.

(1) FALRET. *Des maladies mentales*, p. 39.
(2) KRAFFT-EBING. *Lehrbuch der Psychiatrie*, p. 197.

Mais, comme nous l'avons déjà dit, ce n'est là qu'une question toute accessoire et, du reste, dans la folie la mieux caractérisée, tout aussi bien que dans la paralysie générale, la période prodromique peut être parfaitement accentuée, tout en restant complètement consciente : « presque toujours le malade apprécie l'origine des désordres progressifs de son intelligence ; il sait à quoi les rapporter et sent le besoin de réaction ; mais il ne peut pas en faire la confidence aux personnes qui l'entourent ; il cherche même à cacher à tous les yeux, l'état dont il a conscience (1). » Du reste, à parler de conscience, l'alcoolisé à cette période prodromique, a-t-il aussi réellement conscience de son état qu'on pourrait sembler le croire? Nous penchons pour la négative. Trop peu de ces malheureux savent s'apprécier à leur juste valeur pour qu'il ne soit pas rationnel d'admettre chez eux un affaiblissement de la conscience intime.

Que la forme que revêtent ces prodromes puisse prendre un cachet quelque peu spécial, par suite du milieu où vit l'alcoolisé, c'est chose facile à comprendre : ce que l'alcool n'aurait pu produire par sa seule influence qu'au bout de longues années, il l'amène en peu de temps, quand des circonstances appropriées lui viennent en aide. Celui-là s'abrutira, certes, plus vite, qui s'alcoolise dans les cabarets de bas étage et au milieu de la populace la plus abjecte, que celui qui fait ses excès à l'abri de toute influence démoralisante.

Notre conclusion devient maintenant facile à poser : l'ivrognerie, en tant qu'elle consiste dans cet état d'immoralité engendrée par l'abus des alcooliques, ne saurait être considérée comme un vice ; c'est un état pathologique au même

(1) FALRET. *Des maladies mentales*, p. 38.

titre que sont pathologiques toutes les modifications de l'être moral et intellectuel occasionnées par des causes extra-physiologiques; l'ivrognerie doit être considérée comme l'analogue de la période prodromique des maladies mentales et constitue réellement la période prodromique de l'alcoolisme chronique confirmé.

Il en est tout autrement de l'ivrognerie en tant que penchant pour les boissons alcooliques; en dehors de ce que ce penchant peut avoir, dans certaines circonstances, d'instinctif et par conséquent d'héréditaire, il n'est autre chose qu'un vice auquel la nature humaine peut résister et dont elle est par conséquent responsable.

Telle est notre opinion sur l'ivrognerie; il nous reste pour terminer ce chapitre, à parler de la médecine légale de l'alcoolisme cérébro-spinal chronique.

5. MÉDECINE LÉGALE DE L'ALCOOLISME CÉRÉBRAL CHRONIQUE.

Si la création de l'entité morbide comprise sous le nom d'alcoolisme constitue un progrès évident pour la pathologie mentale, il en est tout autrement, nous semble-t-il, pour la médecine légale. Ici, rien n'est plus dangereux qu'une systématisation excessive, et l'alcoolisme en tant qu'individualité globale, doit disparaître dès qu'il s'agit de responsabilité. Il est même insuffisant, à l'exemple de Legrand du Saulle (1), d'en faire trois degrés : alcoolisme aigu, subaigu et chronique. Des états émotionnels, intellectuels et moraux trop différents caractérisent ces trois degrés, pour qu'il soit possible de les englober dans un même cadre auquel on puisse assigner un même degré de respon-

(1) *Annales médico-psychologiques*, année 1880.

sabilité. Il est nécessaire de spécifier davantage la description clinique de chaque état, et s'il est vrai que l'individualisation complète doit toujours présider à l'examen de chaque cas, l'on n'en pourra pas moins former certains groupes cliniques dont l'examen prête à des principes généraux et à des formules particulières. Ces états, qui devront être cliniquement et pathologiquement aussi semblables que possible, constituent les formes types que nous avons admises dans notre partie descriptive de l'alcoolisme cérébro-spinal chronique.

Mais la création de ces formes bien définies ne suffira pas encore à la solution des différentes questions que peut soulever la médecine légale de l'alcoolisme; il est nécessaire de pénétrer plus avant dans les situations morales et intellectuelles qu'il englobe dans une unité apparente; il faudra analyser jusqu'aux mobiles morbides, aux états psycho-pathologiques qui ont déterminé les actes délictueux, savoir les isoler les uns des autres ou les séparer du fonds maladif qui leur a donné naissance et pouvoir ainsi apprécier le rôle de chacun d'eux et l'influence qu'ils ont exercé séparement ou ensemble sur la responsabilité. C'est ainsi que dans les cas de dégénérescence morale alcoolique simple, ne comportant pas une dégradation morale suffisante pour annihiler la responsabilité, une cause excitante, psychique ou matérielle, peut amener une exaltation factice et passagère qui trouble complètement la conscience et commande l'irresponsabilité; ce n'est plus l'alcoolisme seul qui est en jeu, c'est un nouveau facteur, et ce que le premier n'aurait pu justifier, le second vient le rendre évident.

Il faut en outre ne pas perdre de vue que fréquemment

l'alcool vient ajouter son influence à l'alcoolisme chronique; l'alcoolisé boit d'ordinaire d'autant plus qu'il est plus alcoolisé, et son ivresse offre alors des caractères souvent particuliers qui la rapprochent de l'ivresse pathologique, et dont il faut savoir tenir compte dans l'appréciation de la responsabilité.

Ces préliminaires posés, nous allons examiner la question de la médecine légale de l'alcoolisme chronique dans chacune des formes admises antérieurement.

1re *Forme. — Dégénérescence alcoolique.* — Cette forme de l'alcoolisme chronique cérébral, qu'il convient de considérer comme le premier degré de l'intoxication, peut donner et donne en réalité lieu à de nombreux méfaits, délits, actes de violence, crimes ou meurtres; la nature de ceux-ci est beaucoup plus variable que dans les autres formes de l'intoxication; tantôt ils ont le cachet de la violence irréfléchie, tantôt ils sont plutôt raisonnés et logiques.

Deux éléments essentiels peuvent présider à leur accomplissement : la démence morale et intellectuelle d'abord, la surexcitation ensuite. C'est, en général, sous l'influence de cette dernière disposition que s'accomplissent la plupart des crimes qui se commettent dans cette forme d'alcoolisme. Les observations XII, XIII, XIV, XV, que nous avons rapportées dans la partie descriptive, nous montrent chacune, ce même mobile parfaitement évident : dans les deux premières, c'est un véritable état de surexcitation maniaque, une espèce de fureur aveugle qui augmente à mesure qu'elle trouve de la résistance; dans les deux autres, c'est plutôt un mouvement subit, irréfléchi, instinctif. Les causes les plus futiles provoquent souvent ces mouvements pathologiques; parfois même ils n'ont aucune cause déter-

minante; l'état de la conscience est excessivement variable; tantôt celle-ci est intacte, le malade conserve la conscience de son acte, mais il s'y trouve pour ainsi dire impulsivement poussé; d'autres fois, la conscience se trouble à un degré plus ou moins prononcé : le malade commet son acte au milieu d'une espèce d'obscurcissement moral et intellectuel, mais qui est rarement complet au point d'entraîner une inconscience absolue. Une fois l'acte commis, l'auteur en comprend, jusqu'à un certain point, la nature; il en connaît la gravité s'il ne sait en apprécier la valeur morale; en un mot, il a conscience de ce qu'il a fait. Plus rarement l'état de surexcitation maniaque est remplacé, comme dans l'observation XIII et celle du dr Tardieu, rapportée à l'art. démence alcoolique du Dictionnaire de médecine, par une véritable impulsion subite, irréfléchie, presque irrésistible, à peine motivée, et que dans son indifférence morale le malade sait à peine s'expliquer à lui-même. Beaucoup d'idées suicides apparaissant dans l'alcoolisme cérébral chronique, n'ont pas d'autre origine. Nous ne saurions mieux faire apprécier la nature de ces actes qu'en les comparant à ceux commis pendant un violent paroxysme de colère, seulement d'une colère survenue dans des conditions morbides et développée sur un fonds morbide.

Le second mobile de la conduite des alcoolisés de ce type est l'affaiblissement du sens moral, en même temps que l'insouciance morale. L'importance des méfaits est d'ordinaire beaucoup moindre dans ce cas que dans le premier, et si, ici, l'on rencontre plus fréquemment des délits, là, ce sont en général des crimes.

Outre que, dans les conditions morales où les place cette forme d'alcoolisme, les malades n'apprécient plus

exactement eux-mêmes la moralité des actes qu'ils posent, ils sont encore devenus trop indifférents à tout ce qui les touche pour modeler convenablement leur conduite aux exigences de leurs devoirs et de leurs intérêts; l'apathie et l'insouciance extrêmes dans lesquelles ils sont tombés ne leur donnent plus la force de résistance nécessaire pour opposer un frein efficace aux suggestions de leurs passions; la volonté est fragile et incertaine, et tout concourt à les faire succomber aux excitations du dehors avec une facilité extrême.

Ces deux mobiles peuvent, ou agir séparément, ou accumuler leur influence nocive pour amener l'acte délictueux; très souvent là où la cause originelle réside dans l'excitation, celle-ci est favorisée par le peu de résistance morale qu'offre l'alcoolisé inerte et apathique.

Diagnostic médico-légal de la dégénérescence morale alcoolique. — Le diagnostic médico-légal de la dégénérescence alcoolique n'offre aucune difficulté, une fois qu'elle en est arrivée à sa période d'état; les symptômes en sont trop caractéristiques pour qu'il soit possible de les méconnaître comme de les simuler. L'abrutissement alcoolique met de longs mois à se produire, et les symptômes moraux et intellectuels sont toujours accompagnés de troubles physiques plus ou moins bien caractérisés qui viennent corroborer l'existence de l'affection; sa marche éminemment lente et progressive, des faits antérieurs prouvant dans la conduite de l'alcoolisé une déchéance morale et intellectuelle, des symptômes physiques du côté de l'un ou de l'autre des organes viscéraux comme du côté de la motilité, en établissent parfaitement l'existence.

Mais dans cette existence de l'abrutissement alcoolique,

il y a de nombreux degrés dont l'appréciation est des plus importantes pour le médecin-légiste; ces degrés ne peuvent se mesurer que par la conduite antérieure de l'inculpé dont chacun des actes doit être recherché avec la plus scrupuleuse exactitude; c'est la conduite antérieure qui doit pour ainsi dire constituer la mesure de l'acte incriminé; la démence morale s'apprécie bien plus difficilement que la démence intellectuelle; l'une peut se découvrir par la conversation et l'interrogatoire; l'autre a presque besoin de l'observation du malade agissant. Cette appréciation est certes une des questions les plus difficiles et les plus sérieuses de la médecine légale des aliénés, au moins dans les débuts de la dégénérescence morale alcoolique. Elle n'exige pas seulement la connaissance des actes de l'alcoolisé en eux-mêmes; la moralité est une question d'appréciation relative et qui dépend des qualités comme des défauts des malades; pour un homme d'une probité et d'une honorabilité exemplaires, tel acte constituera un véritable acte de folie, qui eût constitué un délit pour un misérable et un vaurien. C'est l'homme dans son caractère normal qu'il faut d'abord étudier avant de le juger dans son caractère maladif, et c'est à la mesure de ses actes normaux qu'il faut juger ses actes morbides.

Ici une règle fixe serait la plus dangereuse des pratiques; l'individualité doit dominer la généralité. Et l'expert n'oubliera pas que c'est moins dans l'affaiblissement de l'intelligence, du jugement, du raisonnement, que réside le symptôme principal de cette forme de dégénérescence alcoolique, que dans l'affaiblissement de la moralité, ou plutôt dans l'indifférence morale plus ou moins absolue dont il fait preuve; tout en conservant la conscience de l'immoralité de

sa conduite, cette immoralité devient indifférente à l'ivrogne ; la honte et la pudeur ont disparu ; l'insensibilité morale a fait une nuit obscure dans tout son être psychique.

Le diagnostic des mobiles morbides, dont nous avons établi l'existence et qui peuvent germer sur ce fonds d'abrutissement est une question subsidiaire, difficile et épineuse entre toutes; le médecin-légiste ne saurait être assez réservé sur ce sujet, et il évitera soigneusement de confondre une crise de colère survenant chez un alcoolisé avec un accès d'agitation maniaque, comme il évitera de prendre pour un affaiblissement de la moralité une perversion de caractère naturelle ou acquise par suite du milieu où vit l'ivrogne ou de la débauche à laquelle il se livre. Les règles à suivre sont malheureusement difficiles à tracer dans ce sujet épineux.

Comme le montrent les rapports médico-légaux XII, XIII, XIV, XV, c'est dans l'observation de la marche de la maladie, des antécédents morbides, des actes posés antérieurement pendant le cours de l'alcoolisme, que résident les caractères distinctifs les plus importants de ces différentes situations mentales.

L'excitation maniaque, qui prend souvent la forme de la fureur aveugle et donne lieu à des actes de nature toute impulsive, n'est pas d'ordinaire un fait isolé dans le cours de cette forme d'alcoolisme; des faits antérieurs, de moindre importance et sur la nature desquels il ne sera pas possible de se méprendre, auront déjà fait présager des évènements plus graves. La cause même de l'acte, si elle ne fait pas absolument défaut, est d'ordinaire toute futile et sans aucun rapport avec la gravité des effets produits; la colère est raisonnée, les mobiles en sont logiques, les éléments sont

conséquents entre eux: l'excitation maniaque au contraire est aveugle, instantanée, incohérente; sa durée est plus longue; elle est accompagnée d'une plus grande excitation motrice et des excès alcooliques récents l'ont souvent provoquée. Les suites de l'acte ont aussi leur importance. Celui qui l'aura posé pendant un accès de colère, en justifiera les mobiles, l'excusera ou l'expliquera par des motifs plausibles; l'alcoolisé maniaque ou instinctif se bornera à rester indifférent, inerte et apathique; il comprend l'acte, il en saisit la valeur, mais celle-ci lui est absolument indifférente; le prévenu ne sait ni regretter les délits qu'il a commis, ni déplorer les crimes dont il s'est rendu coupable; c'est un symptôme presque caractéristique et qui ne manque dans aucune des observations que nous avons rapportées à propos de la forme dont il est ici question.

L'abaissement du niveau moral qu'entraîne à sa suite la débauche et les excès, en dehors de l'existence de l'alcoolisme, ne présente, en général, pas le caractère de la déchéance morale de l'intoxication cérébrale chronique; l'un est plutôt une perversité, l'autre un affaissement moral; l'un est un phénomène actif, l'autre un symptôme passif. Le débauché posera ses actes en connaissance de cause, saura en excuser les écarts, en cacher les côtés faibles; il fera tout son possible pour se disculper, pour dérouter les recherches; l'alcoolisé, au contraire, ne se donne aucune de ces peines; c'est tout au plus s'il se doute de l'immoralité ou de la gravité de sa conduite, et quand il sait encore la comprendre, il y reste absolument indifférent; il ne s'inquiétera pas des conséquences qu'elle peut avoir et ne cherchera pas à se soustraire au châtiment qu'elle pourrait lui valoir. C'est à peine s'il admet qu'on lui fasse des reproches

et quand il veut les admettre, il y demeure en tout cas tout à fait insensible.

Du reste, en dehors de ces phénomènes plutôt psychologiques, l'existence des manifestations psychiques et somatiques de l'alcoolisme sont un élément qu'il ne faut jamais perdre de vue et qui apportera un appui précieux au diagnostic.

Mais c'est peut-être moins dans son essence que dans ses degrés et dans l'appréciation de sa valeur médico-légale, que la période de dégénérescence alcoolique offrira des difficultés pour le médecin-légiste.

Cette première période de l'alcoolisme qui constitue une véritable dégradation intellectuelle et morale, enlève-t-elle entièrement à celui qui en est atteint, la responsabilité des actes qu'il pose, ou bien doit-on admettre une responsabilité limitée et graduelle corrélative au degré d'abrutissement alcoolique? Ici encore, il devient évident qu'il faut savoir séparer la médecine légale de la pathologie mentale. Pas de doute pour le pathologiste, qui rangera toujours dans le cadre de l'alcoolisme même, les états les plus simples de dégénérescence alcoolique telle que nous l'avons décrite, car ils sont caractérisés par des phénomènes morbides, aussi bien de l'ordre somatique que de l'ordre psychique, et ils réunissent par conséquent les caractères de la maladie.

Mais peut-on les faire bénéficier tous de l'irresponsabilité et quel doit être le degré de cette irresponsabilité? Là commence la difficulté réelle du problème auquel il serait difficile de donner, dans l'état actuel de la science, une solution nette et catégorique. Il existe évidemment des degrés dans les désordres intellectuels et moraux de l'alcoolisme

chronique, et à chacun de ces degrés doivent correspondre des atténuations de l'imputabilité; mais quel est le criterium qui permette de mesurer le niveau sans cesse décroissant de la puissance intellectuelle et morale? Nous n'en connaissons aucun, et c'est de tout l'ensemble maladif tant somatique que psychique, des antécédents morbides comme des suites de l'acte délictueux, en un mot, de tous les caractères qu'il a offerts, que l'on pourra parvenir à déduire le degré de responsabilité qui incombe à l'alcoolisé. Il faudra encore avoir grand égard aux circonstances qui ont accompagné l'accomplissement de l'acte délictueux, tant aux conditions extérieures qu'à celles qui dépendent de l'alcoolisé lui-même. Il est enfin indispensable d'examiner scrupuleusement la vie antérieure, le caractère, les qualités et les défauts de l'inculpé, et faire une comparaison soigneuse de son être moral passé avec son être moral actuel.

De toutes ces considérations découlera le jugement à porter sur le degré de responsabilité; mais en tout état de cause, l'irresponsabilité ne nous semble jamais pouvoir être absolue, tant que la période de dégénérescence alcoolique n'aura pas été dépassée, et qu'il ne sera intervenu aucun autre mobile morbide dans l'accomplissement de l'acte délictueux. Quelque dégradé que soit l'état moral de l'alcoolisé dans cette forme de l'intoxication, il lui restera toujours assez de lucidité et d'empire sur lui-même pour se rendre un certain compte de la valeur des actes qu'il pose, et pour opposer quelque résistance aux suggestions de ses passions. S'il est indifférent au côté moral des choses, au moins sait-il encore les comprendre; si les facultés hébétées ne permettent plus qu'un fonctionnement lent et imparfait, au moins son entendement est-il encore suffisant pour

lui permettre de saisir la valeur des actes qu'il pose. Certes sa résistance est beaucoup moins grande et sa conception plus bornée; mais à cette diminution des facteurs, l'on ne peut opposer qu'une diminution corrélative de la responsabilité; c'est-à-dire qu'il faudra mesurer le degré d'imputabilité au degré de dégénérescence morale alcoolique, partout où il n'interviendra dans l'accomplissement de l'acte délictueux aucun autre mobile que la démence morale.

Aucune règle fixe, aucun critérium ne saurait déterminer la valeur exacte de cette responsabilité. Il est évident qu'au début de la période, alors que les modifications morales n'ont encore atteint qu'un très léger degré, l'alcoolisé devra presque être considéré comme entièrement responsable de ses actes ; au déclin, au contraire, d'une dégénérescence morale très avancée, alors que l'hébétude et la torpeur intellectuelle viennent s'ajouter à la dégradation morale, et faire de l'alcoolisé un espèce d'automate qui se rend à peine encore compte de la voie qu'il suit, bien des circonstances plaideront en faveur de l'exonération presque complète de toute imputabilité. Mais entre ces deux extrêmes, il y a une longue période où il serait aussi injuste d'absoudre que dangereux de disculper systématiquement le malheureux dont l'alcool a affaibli les facultés. Comme nous l'avons déjà dit, même à la période que nous avons appelée dégénérescence morale, l'alcoolisé nous paraît être un malade véritable : les modifications morales et intellectuelles proviennent des souffrances de l'organisme; les désordres psycho-cérébraux qui en sont la conséquence, sont de nature à influer sur son libre arbitre, et dès lors, il n'est presque pas possible, scientifiquement parlant, de lui refuser une diminution d'imputabilité en rapport avec

la gravité des entraves qui ont été apportées à l'exercice même de son libre arbitre. La responsabilité absolue de l'alcoolisé à cette période, quelle que puisse bien être sa nécessité sociale, ne nous semble avoir aucun fondement réel, et comme nous l'avons déjà plus d'une fois répété, dans les questions de science les considérations sociales et humanitaires pas plus que les questions religieuses, ne sauraient trouver place; on peut dire de la science ce que l'on dit de la loi : *Dura lex, sed lex.*

Du reste, il faut avouer que les actes commis sous le mobile exclusif de l'affaiblissement moral de l'alcoolisme chronique n'ont en général guère de gravité; nous n'en avons trouvé aucun exemple bien évident, sauf le rapport médico-légal de Systeray et Delaporte inséré dans les *Annales médico-psychologiques* de janvier 1876. Et encore, dans ce cas, la démence n'est-elle pas intervenue absolument à l'exclusion de tous autres mobiles; quelques fugaces idées de persécution sont venues joindre leur influence à un état héréditaire préexistant, comme le prouvent les deux conclusions suivantes des médecins légistes : « Que l'habitude de boire s'ajoutant à l'hérédité morbide, il s'est produit chez l'inculpé, un commencement de démence caractérisée par la pusillanimité dans le caractère et par des idées de persécution encore peu prononcées, mais qui n'en sont pas moins réelles; que cet état de démence, cette pusillanimité et ces idées de persécution lui ont enlevé la saine appréciation de ses actes et l'ont poussé à des faits repréhensibles. »

Du reste, il en est d'ordinaire ainsi dans la démence alcoolique : ce sont des mobiles intérieurs qui viennent le plus souvent servir de cause occasionnelle au délit, et parmi eux, les idées délirantes ou l'excitation maniaque

peuvent être rangées en première ligne. Dans ces deux derniers cas, si la preuve des mobiles morbides est parfaitement bien établie, l'irresponsabilité doit être complète, car l'on a alors affaire à de véritables accès de folie.

2me *Forme. Alcoolisme hallucinatoire.* — Les éléments constitutifs de cette espèce d'alcoolisme sont : le trouble hallucinatoire d'abord, l'état émotionnel constitué par la frayeur sous toutes ses formes, ensuite. L'état de démence moral et intellectuel sur lequel ils naissent, ne doit guère entrer en ligne de compte dans le cas présent, parce qu'il n'est en général que peu prononcé et complètement obscurci par les autres phénomènes.

Le trouble psychique ainsi déterminé laisse fréquemment à celui qui en est atteint une grande partie de sa lucidité, l'on pourrait parfois même dire toute sa lucidité; car souvent l'alcoolisé, non seulement a conscience de son état, mais il se rend compte de son trouble sensoriel, dont il sait apprécier la valeur et qu'il attribue quelquefois à sa juste cause. Mais, souvent aussi, sous l'influence d'un véritable raptus cérébral qui se produit, tantôt à la suite de nouveaux excès, tantôt à la suite de causes morales, il survient un véritable état d'obnubilation intellectuelle; les illusions et les hallucinations se précipitent, l'inquiétude et l'anxiété augmentent, la conscience se trouble et le malade est entièrement dominé et subjugué par le trouble de ses sens et l'angoisse qui le possède. L'acte commis dans ces conditions est évidemment inconscient et l'inculpé ne saurait en supporter aucune conséquence pénale. Au chapitre de l'alcoolisme hallucinatoire nous en avons rapporté plusieurs exemples probants.

C'est donc presque toujours directement sous l'influence

du trouble hallucinatoire combiné avec l'état émotionnel que se commettent les actes de violence; ils sont alors en général, aveugles, impulsifs, (observ. XVI, XVII); cependant ils peuvent aussi avoir pour origine beaucoup plus exclusive l'hallucination elle-même; ils sont alors plus raisonnés et soumis davantage à l'influence des conceptions délirantes (observ. XVIII, XIX); nous n'avons découvert aucune observation où l'état émotionnel ait, à lui tout seul, occasionné le fait délictueux; le suicide peut cependant se produire sous cette influence.

Les actes les plus fréquents commis sous l'empire du trouble psychique de la forme hallucinatoire sont des actes de violence de toutes sortes qui, trop souvent vont jusqu'au meurtre et à l'incendie; ils ont d'ordinare le cachet de violence maniaque irréfléchie et impulsive.

Le diagnostic médico-légal n'offre guère de difficulté; on peut dire que cette forme ne se présente jamais d'emblée; elle se développe sur un fonds d'alcoolisme chronique préexistant, quelles que soient, du reste, les manifestations de celui-ci, et les prodromes dont elle est précédée ainsi que les symptômes qui la caractérisent ne sauraient être confondus avec d'autres états, ou se simuler avec assez d'exactitude pour dérouter l'observation attentive du médecin-légiste. Celui-ci se rappellera surtout les caractères de l'alcoolisme viscéral chronique qui coexistent avec les symptômes psychiques, les phénomènes émotionnels qui précèdent immédiatement la suractivité hallucinatoire, les causes occasionnelles, température élevée, changements brusques de température, émotions morales, exagération des excès alcooliques, etc., etc.

L'existence et le diagnostic évident de la forme halluci-

natoire de l'alcoolisme chronique ne nous paraissent pas absolument suffisants à prouver l'irresponsabilité totale des crimes ou des délits commis sous son influence. Il faut que ceux-ci soient entourés de circonstances particulières qui concourent à amener une obnubilation mentale telle, qu'il y ait inconscience ; cette circonstance nous paraît une condition nécessaire de la non-imputabilité absolue de l'inculpé. Il est tel cas où la conscience étant conservée, le trouble hallucinatoire passager, peu absorbant et plutôt vespéral, l'anxiété et l'inquiétude presque nulles, la mémoire intacte, le malade reste en possession de lui-même, conserve la conscience de sa situation et l'empire de ses actes. Un crime commis dans ces conditions ne devrait peut-être pas jouir du bénéfice d'une entière irresponsabilité. Mais hâtons-nous de dire que ces périodes peu actives de la forme hallucinatoire de l'alcoolisme chronique sont rares, et que le moindre excès, l'émotion morale la plus légère ou même une cause physique quelconque font passer, avec une très grande facilité à l'état d'acuité les phénomènes qui semblent les plus passifs; alors se rencontrent bien vite toutes les conditions de l'irresponsabilité complète qui offre, dans ce cas, certaines particularités qui doivent nous arrêter un instant.

L'examen attentif des cinq observations que nous avons rapportées au paragraphe de la description de l'alcoolisme hallucinatoire (observations XVI, XVII, XVIII, XIX, XX), démontrent que :

1° Une obnubilation intellectuelle plus ou moins profonde préside presque toujours à l'accomplissement du crime pendant un paroxysme émotionnel ou hallucinatoire ;

2° Que ces actes sont posés dans un état d'inconscience plus ou moins profonde ;

3° Qu'ils laissent à leur suite une perte presque complète du souvenir ou tout au moins un souvenir vague et confus d'abord, mais qui finit par s'éclaircir à la longue.

Ces trois conditions nous semblent inséparables de l'irresponsabilité dans l'alcoolisme chronique hallucinatoire. Ce serait cependant faire preuve d'un rigorisme excessif que de vouloir exiger l'existence de chacune d'elles dans tous les cas. C'est le moment ou jamais de se rappeler que le premier devoir du médecin-légiste est de toujours individualiser les observations ; et dans cette forme d'alcoolisme, il pourrait se présenter tel cas où le souvenir du crime fût conservé, bien que l'inconscience et l'obnubilation intellectuelle aient manifestement présidé à l'accomplissement de l'acte. Mais le contraire ne nous semble guère possible, et là où l'amnésie est complète, il ne saurait jamais être question d'imputabilité; l'état intime de la conscience n'a qu'une valeur relativement faible dans la question de la responsabilité réelle; si, pendant l'acte, elle est toujours obscurcie, elle peut reparaître aussitôt après, sans que pour cela l'alcoolisé puisse être considéré comme ayant agi dans son état de lucidité ordinaire.

Le médecin-légiste n'oubliera du reste pas que le raptus hallucinatoire de l'alcoolisme chronique, s'il disparaît assez facilement et assez rapidement dans ses effets aigus, laisse toujours après lui, pendant un temps souvent plus ou moins long, l'un ou l'autre des phénomènes de l'intoxication qui ne se dissipe que lentement; le trouble hallucinatoire n'est pas une crise, c'est plutôt un épiphénomène.

Comme le montre l'observation XV, la forme hallucinatoire peut être sujette à des états de rémission pendant lesquels le fonds morbide persiste, et où peuvent appa-

raître des éléments nouveaux qui ne sont pour ainsi dire qu'en germe dans la forme elle-même : telles sont l'excitation maniaque, l'affaiblissement intellectuel. Ces mobiles peuvent devenir prédominants, et les considérations que nous avons émises à leur sujet s'appliquent alors entièrement et complètement aux cas présents.

Pour les cas où le délire général et les conceptions délirantes partielles forment le mobile dominant de l'acte incriminé, ceux-là rentrent dans le cadre de la folie alcoolique et du délire alcoolique, et il en sera question à l'alcoolisme psychique.

3me *Forme. — Démence alcoolique.* — Au point de vue médico-légal, la forme de démence alcoolique, telle que nous l'avons admise, n'offre absolument rien de particulier à noter; c'est une démence ordinaire confirmée, qui présente peut-être un certain cachet spécial au point de vue clinique; mais à laquelle s'appliquent absolument toutes les données médico-légales de la démence ordinaire.

CHAPITRE IV.

DE L'ALCOOLISME PSYCHIQUE.

Les divers désordres qu'occasionne l'alcoolisme chronique dans les manifestations intellectuelles et morales, en d'autres termes, les désordres psychiques de l'intoxication alcoolique chronique, sont nombreux et variés; pour en faire une étude complète et s'en rendre compte jusque dans leur expression la plus obscure, il convient de distinguer le délire alcoolique des folies alcooliques proprement dites. Le premier n'est que l'expression générale de la modalité délirante alcoolique; les secondes constituent presque des

individualités pathologiques, des entités morbides, des ensembles symptomatologiques assez bien déterminés pour permettre de les décorer d'espèces pathologiques. Le délire alcoolique est moins une forme morbide que l'ensemble des caractères que revêtent toutes les manifestations délirantes qui sont sous la dépendance directe de l'alcool. La pneumonie comme le traumatisme des ivrognes d'un côté, le delirium tremens et la folie alcoolique, de l'autre, offrent, dans leur expression psycho-cérébrale, des modalités telles, qu'il est souvent facile de les reconnaître, même au travers des phénomènes les plus disparates. Cette modalité constitue le délire alcoolique.

Le délire alcoolique, dont les manifestations sont si nombreuses et si variées, n'est jamais une conséquence directe de l'action de l'alcool sur le système nerveux cérébral. Des excès passagers, quelque abondants qu'ils soient, produiront l'ivresse, mais jamais le délire alcoolique n'en sera la conséquence immédiate; il ne survient que dans un organisme plus ou moins saturé d'alcool.

Il n'existe donc pas, à proprement parler, de folies alcooliques. Quand l'alcool provoque directement l'explosion d'un état d'aliénation mentale, celui-ci ne se distingue, en général, des autres formes que par des caractères qui ne sont jamais assez tranchés pour en faire une individualité à part. La folie alcoolique véritable, celle qui offre un cachet spécial, ne se développe que sur un fonds préexistant d'intoxication chronique, ou mieux, de saturation alcoolique; l'alcool n'est donc pas le facteur exclusif, immédiat au moins du délire; il faut que le terrain soit d'abord préparé par le poison pour que le mal puisse s'y développer, et une fois ainsi approprié, ce terrain peut faire naître la folie sans

même l'intervention de l'alcool lui-même; un ébranlement nerveux, quelle qu'en soit du reste la nature, peut suffire dans maintes circonstances.

Le terrain, nous venons de l'étudier sous la dénomination d'alcoolisme chronique.

Il nous reste à étudier les manifestations psychiques qui peuvent s'y développer. Si le fonds de la symptomatologie qu'elles offrent, varie peu et se résume en un certain nombre de phénomènes presque toujours les mêmes (état émotionnel, trouble hallucinatoire, tremblement), leur enchaînement, leur marche, leur coordination varient à l'infini et donnent lieu aux formes les plus dissemblables, au milieu desquelles toute systématisation est souvent difficile et incomplète.

Nous commencerons par étudier le délire alcoolique dans ses caractères les plus généraux et ensuite dans ses différentes spécialisations sous forme de delirium tremens d'abord, de folies alcooliques ensuite.

1. DU DÉLIRE ALCOOLIQUE.

Le délire de nature alcoolique, quelle que soit l'affection qu'il vienne compliquer, offre deux éléments principaux, l'un d'ordre sensoriel, l'autre d'ordre émotif et qui constituent le fonds même de la lésion psycho-cérébrale : l'hallucination et l'état panophobique en forme l'expression symptomatologique la plus ordinaire.

L'état hallucinatoire présente comme caractère distinctif sa mobilité extrême; tout ce qui fait l'objet de ces hallucinations, hommes, animaux, choses, se meut et se déplace, s'agrandit et se rapetisse, apparaît et disparaît, court, se précipite, s'arrête avec une volubilité et une diversité

extrêmes. Comme accessoire de ce caractère, se présente la multiplicité de l'hallucination; c'est en général par masse que s'offrent à l'alcoolisé les objets de son hallucination; ce sont des bandes d'animaux, des régiments de soldats, des multitudes de personnes.

Le caractère pénible des hallucinations constitue le second caractère générique du délire de l'alcool; elles sont fréquemment dépressives, effrayantes, terrifiantes même; mais comme nous le rappellerons plus loin à propos des folies expansives alcooliques, et comme du reste l'ont rapporté tous les auteurs qui se sont occupés de la question, les hallucinations gaies, de nature expansive et agréable, ne sont pas absolument rares dans les diverses formes du délire alcoolique; ce qui, soit dit en passant, semblerait prouver qu'elles ne tirent pas leur origine exclusivement du trouble émotionnel.

Enfin, un troisième caractère, mais moins important et plus sujet à manquer, est tiré de l'objet même des hallucinations qui se rapporteraient aux occupations journalières et aux préoccupations dominantes du moment. Celui qui a vu beaucoup d'alcoolisés trouvera trop d'exceptions à cette règle pour ne pas en infirmer quelque peu la valeur.

Le trouble émotionnel sur lequel l'on n'a pas toujours suffisamment attiré l'attention, a peut-être autant de valeur que l'état hallucinatoire; mais il est beaucoup plus difficile à étudier parce que d'abord, moins accentué que le désordre sensoriel, il laisse moins de traces de son existence, et ensuite parce que, plus obscur dans ses manifestations, il apparaît d'autant plus difficilement au malade que celui-ci a une culture intellectuelle moins perfectionnée et un développement moral moins parfait.

Le trouble de la sensibilité morale, qu'il est difficile d'exprimer par un mot mieux approprié, consiste en une espèce d'état d'appréhension, de crainte, de frayeur continuelle, qui peut aller jusqu'à la terreur et à l'épouvante quand les hallucinations viennent en augmenter l'intensité. Mais primitivement, c'est un simple état d'inquiétude morale : l'alcoolisé semble toujours sur le qui vive; on dirait qu'un malheur le menace, que quelque chose de néfaste le poursuit; de là, une inquiétude morale constante et une instabilité matérielle excessive; n'importe où il se trouve, il est comme pourchassé par cet espèce d'inconnu qu'il croit derrière lui et qui ne lui laisse ni trève ni repos; c'est d'abord une sensation vague qui se matérialise à mesure que le trouble hallucinatoire prend corps; c'est alors qu'apparaît cette mobilité excessive de l'alcoolisé qui, tranquille nulle part, cherche toujours ailleurs un repos qui le fuit sans cesse; c'est alors qu'apparaît ce symptôme si fréquent de la fuite que l'on retrouve dans la plupart des folies alcooliques, mais qui, nulle part, n'est mieux caractérisé que dans le delirium tremens. Sous l'influence de la frayeur qui le domine, l'alcoolisé a une tendance à s'échapper et cette tendance est si instinctive qu'elle ne reconnaît aucun obstacle; le malade le brise, ou se brise plutôt que de s'arrêter.

Les psychologues ont discuté la question de savoir lequel de ces deux désordres devait être considéré comme primitif, essentiel. Parmi les pathologistes, les uns ont prétendu, avec Dagonet, que l'émotivité était le principe générateur et comme le terrain sur lequel se développaient les manifestations morbides, telles que : hallucinations, délire, idées suicides, idées de persécution, actes extravagants et

comme affolés que l'on observe dans une foule de circonstances (1). D'autres, au contraire, avec Marcel, Magnan sont d'avis que la lésion de la sensibilité morale n'est que consécutive aux hallucinations dont elle serait la conséquence logique, hallucinations éveillant des craintes de toute espèce et pouvant déterminer des impressions morales dont la plus légère serait l'étonnement et la plus forte une terreur profonde (1). En un mot, d'après les premiers, l'alcoolisé voit des choses effrayantes parce qu'il a peur; pour les seconds, il a peur parce qu'il voit des choses effrayantes.

Ces opinions exclusives nous paraissent erronées; il est fort probable qu'à une certaine période de leur existence, ces deux ordres de phénomènes réagissent l'un sur l'autre en s'aggravant mutuellement, c'est-à-dire que l'hallucination augmente la crainte et que la frayeur aggrave l'hallucination; mais primitivement, l'un comme l'autre de ces phénomènes nous paraît un produit direct de l'alcool sur le système nerveux; c'est l'alcool qui engendre directement le trouble hallucinatoire, comme c'est lui qui fait naître le désordre de la sensibilité morale; ces deux manifestations de la vie sensorielle coexistent l'un à côté de l'autre sans dépendre l'un de l'autre, car l'on remarque plus d'un cas où les hallucinations sont excessivement fréquentes bien que le trouble émotionnel soit très restreint, et *vice versa*. Les visions de nature expansive viennent encore à l'appui de notre opinion; ce sont donc là des phénomènes presque organiques, élémentaires et non psychologiques. Du reste,

(1) DAGONET. *Traité des maladies mentales*, p. 348.
(2) MARCEL. *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, p. 12.

l'observation semble confirmer notre manière de voir; il suffit d'interroger certains alcoolisés pour s'en convaincre. C'est ainsi qu'un de nos malades, qui a déjà été atteint de folie alcoolique, est repris cette fois de la même affection, caractérisée par des modifications émotives et des idées délirantes mélancoliques; il a peur, ne sachant de quoi ni pourquoi. C'est pour ce motif qu'il priait beaucoup et allait publier que le monde devait faire des économies; il a crainte des mauvaises gens; il a des frayeurs instinctives; il lui suffit de voir une feuille bouger pour qu'il doive de suite s'enfuir. Il n'y a pas de trouble hallucinatoire.

Le 4e caractère du délire alcoolique est l'insomnie, et bien que ce symptôme accompagne beaucoup de folies, il est dans cette forme-ci tellement caractéristique, tellement tenace et opiniâtre, qu'il constitue souvent un phénomène distinctif d'une certaine valeur. Comme l'a fort bien dit Lasègue, l'alcoolisé qui ne dort plus est bien près du delirium tremens et celui qui repose convenablement est en pleine convalescence.

La véritable individualisation du délire alcoolique est le delirium tremens.

2. DELIRIUM TREMENS.

Comme son nom l'indique, le delirium tremens est caractérisé essentiellement par le délire et le tremblement.

Étiologie. — Comme nous avons eu l'occasion de l'indiquer, le delirium tremens n'est qu'un épisode de l'alcoolisme chronique. Le mot alcoolisme chronique paraîtra peut-être excessif, car il est plus d'un buveur chez lequel le délire apparaît et qui, antérieurement, n'offrait guère de symptôme marqué d'intoxication; il vaudrait peut-être

mieux employer l'expression de saturation alcoolique, car tel individu supporte avec une véritable facilité et une innocuité remarquable les plus grands excès ; mais la saturation ne s'en opère pas moins, et si les phénomènes qu'elle traduit au dehors ne sont pas toujours manifestes, l'impression qu'en a reçu l'économie entière est tout aussi réelle. Le delirium tremens peut même apparaître dans ces cas sans autre cause occasionnelle : c'est le vase trop plein qui déborde spontanément. Il est exceptionnel de voir le delirium tremens suivre les excès passagers commis par des personnes sobres d'ordinaire, quelque grands que ces excès aient pu être ; là où le phénomène se manifeste, c'est que la saturation alcoolique se produit avec une rapidité tout à fait extraordinaire.

Mais, si de grands excès répétés plusieurs jours de suite n'ont guère la propriété de faire naître l'affection là où le terrain n'est pas préparé, ils peuvent être considérés comme une de ses causes les plus fréquentes chez les alcoolisés chroniques ; les orgies, surtout quand elles sont accompagnées d'excès vénériens, sont un des principaux éléments de l'étiologie du delirium tremens.

D'un autre côté, la suspension brusque de toute boisson fermentée, là où leur usage était devenu un besoin, peuvent avoir les mêmes résultats, fut-ce en dehors de toute autre cause perturbatrice ; il n'est pas rare de voir un accès de délire tremblant éclater assez longtemps après la collocation, l'internement ou l'emprisonnement d'un alcoolisé, et cela dans des conditions hygiéniques et diététiques excellentes.

Mais il est certaines circonstances morales ou physiques qui favorisent notablement l'invasion du mal que seul

l'abus comme la privation d'alcooliques n'aurait, peut-être, pas fait naître ; ce sont surtout les affections et commotions morales violentes : chagrins, émotions, colères, misères, effrois, privation de nourriture, souffrance de la faim, excès de travaux, contention d'esprit, veilles prolongées, exagération du catarrhe gastrique, affections somatiques intercurrentes, notamment, pneumonie, diarrhée, dysenterie, grandes pertes de sang, douleurs physiques violentes, suppurations abondantes, fièvres éruptives, rhumatismes, érysipèles, enfin, grands traumatismes. Ce sont, ordinairement, les boissons spiritueuses proprement dites, alcool, genièvre, rhum, cognac qui amènent l'invasion du delirium tremens ; il est plus rare après les excès de bière, plus rare encore après les excès de vin.

Prodrômes. — Il est peu fréquent de voir le delirium tremens éclater d'une manière brusque ; ses prodrômes constituent en général une forte exagération de l'état antérieur d'alcoolisme chronique ; la sensibilité morale souffre la première ; les malades sont pris de malaises, d'inquiétude ; ils sont tristes, moroses, abattus, obsédés de craintes vagues dont ils ne peuvent trouver les motifs ; ils sentent que quelque chose de fâcheux est sur le point de leur arriver ; leur caractère change ; ils deviennent impatients, difficiles, irascibles, chagrins ; leur facies, tantôt anxieux et égaré, tantôt triste et abattu, reflète les modifications morales qui s'opèrent en eux ; la mémoire s'affaiblit ; les travaux deviennent impossibles ; ils ont des absences, des oublis qu'ils remarquent et dont ils se tourmentent ; ils sentent comme un nuage qui couvre leur raison et, par moments, ils doivent faire des efforts pour distinguer un fait réel d'un rêve. L'hyperesthésie sensorielle et sensitive

commence à poindre; les vertiges augmentent de même que les bourdonnements d'oreilles; les jambes sont agacées et deviennent le siège de fourmillements, de douleurs, de crampes violentes; l'œil est plus sensible à la lumière; l'oreille au bruit, et bientôt des formes vagues et indécises, ébauches des hallucinations à venir, viennent augmenter encore l'état d'inquiétude et d'anxiété qui domine l'alcoolisé. Le sommeil devient difficile, pénible; le malade a des réveils en sursauts, des frayeurs nocturnes; livré à lui-même dans l'obscurité de la nuit, il voit redoubler ses appréhensions et s'agite sans pouvoir dormir. En même temps, les fonctions gastriques se dérangent, l'appétit se perd, la langue devient saburrale et la diarrhée ou la constipation s'établissent.

Ces prodrômes qui, dans certains cas, peuvent excéder une semaine et même davantage, font bientôt place à l'accès lui-même.

Période d'état. — Les phénomènes qui caractérisent la période d'état du delirium tremens sont multiples, et atteignent les fonctions physiques, morales et intellectuelles.

Le délire qui constitue la lésion de ces dernières, est plutôt sensoriel qu'intellectuel; le trouble hallucinatoire en est la cause; le trouble de l'idéation n'est que consécutif. Pris dans son ensemble, il est superficiel, vague, incertain et ressemble plutôt à une rêvasserie; mais la conscience n'est pas entièrement abolie, car si l'on interpelle énergiquement le malade, si l'on excite fortement son attention sur un objet, on parvient à interrompre le délire et à rappeler le malade à lui-même; la présence d'esprit et la lucidité peuvent même reparaître un instant pour sombrer de nouveau aussitôt qu'on abandonne l'alcoolisé à lui-même. Alors le

trouble psychique est complet, et si le patient sait plus tard se rendre compte de son état mental passé, il le compare à une confusion complète, à une impossibilité de maintenir, de coordonner et de rassembler des idées qui, en foule, se pressent dans son cerveau.

Les hallucinations et peut-être aussi les illusions — car il suffit de la moindre impression extérieure pour mettre en activité une sensibilité sensorielle suractivée — qui constituent la base du trouble sensoriel, affectent presque toujours les organes de la vue, plus rarement l'ouïe, et plus rarement encore les autres organes des sens ; ces derniers ne sont cependant d'ordinaire atteints que là où le delirium tend à se compliquer d'autres troubles vésaniques ; les hallucinations offrent presque toujours un caractère effrayant, terrifiant ou répugnant.

Celle de la vue ont pour objet des animaux et souvent même des masses d'animaux plus ou moins étranges, des tigres, des lions, des chats, des chevaux, des loups, des rats, des souris, des araignées, voire même des animaux fabuleux immondes ou terribles ; tout cela traverse la chambre, ordinairement d'arrière en avant, grandit, diminue, se perd dans les murs, dans les planches, sous le lit ou les couvertures ; d'ordinaire ces visions sont agressives, s'élancent sur le malheureux alcoolisé, l'entourent, l'attaquent, se jettent sur lui, le pincent, le mordent, etc., etc. Les visions d'animaux peuvent être remplacées par des figures horribles, grimaçantes, des spectres, des fantômes habillés de blanc, des morts, des revenants, des cercueils, des soldats armés de fusils. Souvent c'est du feu qui entoure l'alcoolisé ; il voit des lueurs, des flammes, des étincelles, des couleurs rouges.

Tantôt les hallucinations se spécialisent davantage et le patient se voit poursuivi par une foule hostile et agressive, par des ennemis en grand nombre qui, armés de poignards, en veulent à sa vie, par d'horribles brigands qui se livrent devant lui à des scènes de carnage. Enfin, et plus rarement, l'alcoolisé assiste à ses occupations journalières, auxquelles il se livre avec une anxiété fiévreuse et qui se succèdent avec une rapidité excessive. D'ordinaire mobiles, incohérentes, fugaces, ces hallucinations sont, par exception, fixes et tenaces.

L'ouïe est plus rarement atteint que la vue, et c'est en général chez les alcoolisés héréditaires ou névropathiques qu'on rencontre les hallucinations auditives; celles-ci sont plus cohérentes, plus systématisées et tiennent plutôt du délire des persécutions. Elles coexistent toujours avec les fausses sensations visuelles et en sont indépendantes; les visions sont en général silencieuses et les voix appartiennent à des êtres imaginaires invisibles; tantôt ce sont des cris, des voix qui ricanent, injurient, qui menacent, qui crient des propos obscènes; tantôt ce sont des coups de fusil ou de canon, des explosions, des pleurs, des lamentations, des cris d'horreur, des hurlements; le malade entend dire qu'il sera guillotiné, scalpé, mutilé, écartelé, qu'on le brûlera à petit feu. Ces hallucinations sont d'ordinaire de même nature que celles de la vue, se rapportant aux mêmes objets, ayant pour base les mêmes sentiments, les mêmes impressions.

Les hallucinations du goût et de l'odorat sont beaucoup plus rares encore, et appréciables seulement dans les formes de delirium tremens moins aigu; l'alcoolisé sent de mauvaises odeurs, il pue le soufre; ses aliments ont mauvais goût.

La sensibilité générale ainsi que sens génital peuvent être atteints; la perversion de la première donne lieu aux fourmillements, aux sensations de brûlure, d'engourdissement, de piqûre, de déchirure, de morsure, d'animaux rampant sous la peau; la seconde amène des sensations plus ou moins lubriques.

C'est principalement pendant la nuit et dans l'obscurité que les hallucinations apparaissent nombreuses, abondantes, tenaces, et bien qu'elles persistent dans le cours de la journée, elles y perdent cependant beaucoup de leur intensité; il suffit souvent au malade de fermer les yeux pour les voir apparaître, à l'encontre de beaucoup d'hallucinés vésaniques ordinaires.

En dehors et à côté du trouble sensoriel vient se placer le trouble de la sensibilité morale sur lequel les auteurs n'ont pas suffisamment insisté, parce qu'il a en général été considéré comme consécutif au premier. Nous avons des raisons de croire qu'il n'en est pas ainsi. Outre que ces deux désordres ne sont pas corrélatifs, c'est-à-dire qu'ils n'augmentent pas en raison directe l'un de l'autre, il serait difficile de donner une explication psychologique de l'état moral des alcoolisés, en admettant l'unité du désordre psychique. Comprendrait-on la frayeur excessive, l'épouvante que l'on remarque chez tant d'alcoolisés, par le seul fait de l'apparition de quelques bêtes auxquelles ils feraient à peine attention s'ils étaient en état de santé? Que l'on se rappelle que l'alcoolisé chronique est en général un homme moralement endurci, sur lequel la peur n'a plus guère de prise, et l'on comprendra difficilement que celui qui écraserait du pied une multitude de souris, alors qu'il est bien portant, se mette à fuir devant quelques bêtes qui l'assaillent,

alors qu'il est malade. Une autre preuve encore, c'est que dans certaines formes du délire tremblant, des hallucinations, même effrayantes, laissent le malade parfaitement calme.

L'angoisse, la frayeur, l'inquiétude, l'anxiété sont un des phénomènes caractéristiques du delirium tremens. Si le délirant est effrayé de ce qu'il sent et voit, il a quelquefois aussi des frayeurs qui ne sont nullement motivées; il ne sait pas pourquoi il a peur; il reste immobile, cloué à la même place, sans pouvoir indiquer la cause de sa terreur. C'est lorsque celle-ci est portée à son paroxysme que l'on voit ces malheureux courir devant eux sans savoir où ils vont, brisant et frappant tous les obstacles qui s'opposent à leur fuite.

C'est une véritable panophobie, sous l'influence de laquelle l'alcoolisé peut commettre, dans des moments de terreur, les crimes les plus épouvantables. Plus modérée, elle constitue cette tendance à s'échapper, cet instinct de la fuite qui est irrésistible et pousse l'individu à fuir l'endroit où il se trouve, pour en chercher un autre où il pourrait se croire plus tranquille.

C'est de la combinaison de ce désordre émotivo-moral et des hallucinations, que naît le délire intellectuel et le délire des actes.

Le premier est, en général, la conséquence des fausses perceptions qu'il suit dans leur évolution et sur lesquelles il est en quelque sorte moulé; c'est un délire logique, incohérent, parce que les illusions et hallucinations qui y donnent lieu, sont fugitives, se succèdent et se transforment avec rapidité; dépressif, parce que le désordre sensoriel et émotif est de nature triste, pénible ou terrifiant.

La nature du délire dépend donc de la nature et de l'objet des hallucinations : le malade se voit-il entouré d'animaux qui, de toute part, l'assaillent, on l'aperçoit alors qui s'agite, se démène, porte les mains autour du corps, les projette au loin, saute à bas de son lit, défait ses matelas, frappe à coups redoublés sur les murs et les portes, frappe du pied contre le plancher; se trouve-t-il, au contraire, assister à des scènes tellement épouvantables qu'il en est saisi de terreur, alors on le voit stupide, hébété, rester dans une immobilité comme cataleptique; assiste-t-il à un incendie, il crie au feu, se démène, appelle au secours, veut fuire les flammes, sauver des personnes du danger; voit-il des ennemis qui viennent l'attaquer, il se défend, s'arme de tout ce qui lui tombe sous la main, se porte, à l'égard de son entourage, aux actes de violence souvent les plus graves. D'autres fois, ce sont les monstres qui se mettent à sa poursuite, qu'il fuit, et alors, aveugle dans sa frayeur, il va droit devant lui, incapable de rien voir, de réfléchir au danger qu'il peut courir, et d'apprécier les distances; il se lance contre les murs, franchit d'un bond des espaces considérables, se jette à l'eau, tombe par une fenêtre qu'il prend pour une porte, ou se donne la mort d'une autre façon, mais toujours aussi inconsciente; dans le delirium tremens, le suicide n'est jamais raisonné.

D'autres fois, bien que plus calme, le délire n'en est pas moins actif; le malade converse avec des personnes qu'il voit autour de lui; les paroles se pressent dans sa bouche et la loquacité est intarissable; l'alcoolisé s'occupe de mille choses, va, vient, donne des ordres, dirige son travail, gourmande ses ouvriers, porte du secours, parle à l'un, rudoie l'autre; il est affairé, empressé; on observe aussi

parfois des idées d'empoisonnement avec refus de manger.

La physionomie, on le comprend, sera excessivement variable suivant la dominante du délire; mais, en général, le facies est animé, mobile, les yeux brillants et injectés, le regard fixe et hagard ou mobile et agité.

La sensibilité physique peut être affaiblie, parfois jusqu'à l'analgésie qui fait alors place aux hyperesthésies du premier jour; on a vu des blessés marcher sur une fracture, frapper de leur bras à moitié amputé et ne donner aucun signe de sensibilité aux opérations les plus douloureuses; il serait, cependant, difficile d'affirmer que cette anesthésie fût bien réelle et non pas de cause centrale.

Aux désordres psychiques et sensoriels vient se joindre le trouble de la motilité; bien qu'il soit parfois peu appréciable, il manque rarement tout à fait. Il consiste en un tremblement plus ou moins prononcé, tantôt général, puisque dans les cas extrêmes, le malade entier semble vibrer sous la main; tantôt localisé aux mains, aux bras, à la langue, aux lèvres ou à la face. On constate cette trémulation soit en faisant étendre les membres supérieurs en tenant les doigts écartés ou réunis, soit en saisissant légèrement les doigts réunis du sujet entre le pouce et l'index de chaque main. Les mains sont animées d'oscillations pendulaires fréquentes, égales entre elles sous le rapport de l'amplitude et de la durée. La langue tirée hors de la bouche ne peut y être maintenue; elle est animée d'un tremblement fibrillaire et se retire convulsivement en arrière; la lèvre supérieure, surtout l'élévateur de la commissure buccale ou l'orbiculaire des paupières sont le siège des mêmes contractions fibrillaires. Les tremblements et secousses convulsives s'exagèrent pendant l'articulation des sons ou

tout autre mouvement voulu; il s'y joint d'ordinaire un certain degré d'affaiblissement de la motilité et d'ataxie, ce qui imprime aux mouvements d'ensemble des désordres caractéristiques : la démarche est chancelante, embarrassée; le malade est hésitant, maladroit; la préhension est difficile, la parole hésitante. Les accès d'agitation qui s'emparent du malade, augmentent considérablement l'amplitude des oscillations qui composent le tremblement. Les troubles de la motilité peuvent se compliquer de secousses électriques et amener de véritables mouvements choréiformes ou des convulsions épileptiformes. Ces derniers symptômes traduisent d'ordinaire une notable exagération de l'irritation réflexe; celle-ci se constate encore par la mobilité exubérante à laquelle le malade est en proie; il se tourne et retourne dans son lit, étend convulsivement les extrémités, se jette de côté et d'autre, remue et déplace les couvertures; ce symptôme, qui ressemble jusqu'à un certain point à de la carphologie, dépend autant d'une lésion directe de la motilité qu'il n'est l'expression du délire des actes suite du trouble sensoriel.

Enfin, le dernier caractère essentiel réside dans l'insomnie opiniâtre qui persiste pendant toute la durée du stade d'état et se prolonge parfois au-delà de plusieurs semaines.

Le système nerveux de la vie de relation est pour ainsi dire seul atteint dans le delirium tremens; le système nerveux organique n'y participe qu'assez rarement; il en résulte alors une forme particulière dont nous parlerons plus loin.

Au milieu de l'agitation que provoque le délire des buveurs, la respiration reste calme, le pouls bat régulièrement,

et si l'on n'est guère d'accord sur sa fréquence, l'on peut en conclure que celle-ci dépend plutôt de l'irritabilité réflexe du sujet que de l'affection elle-même; chez plusieurs malades se trouvant à peu près dans des conditions identiques, il restera normal chez l'un, tandis que chez l'autre, il atteindra et dépassera cent pulsations; la température est normale; des sueurs abondantes et profuses terminent d'ordinaire les crises maniaques et résultent surtout de l'agitation dans laquelle s'est trouvé le délirant.

Les fonctions gastriques sont lésées; l'anorexie est absolue; la soif vive; la langue saburrale, tantôt blanche, humide, tantôt rouge et sèche; les urines sont rares, rouges et sédimenteuses; il y a de la constipation.

Suivant la réaction que provoque chez le malade, les différents désordres psychiques auxquels il est en proie, la physionomie du delirium tremens offrira un cachet variable dont Magnan nous paraît avoir exagéré l'importance en les qualifiant de formes de l'affection. Ici, l'alcoolisé réagira, ce sera l'aspect maniaque qui prédominera; là, il restera craintif, affaissé, triste, ce sera la forme mélancolique; ailleurs, il sera terrifié comme stupéfié, ce sera la forme stupide. Ces diverses formes ont, du reste, si peu de réalité, qu'elles peuvent coexister chez le même individu et alterner plusieurs fois en quelques jours de temps.

Marche. — Durée. — Le delirium tremens persiste de 3 à 10 ou même 15 jours; sa marche, au moment du déclin principalement, est paroxysmatique et rémittente; les phénomènes se calment d'ordinaire pendant le jour et éprouvent le soir une assez notable exacerbation; les moments de rémission sont souvent caractérisés par un sommeil de quelques heures.

Quant à la marche du trouble sensoriel lui-même, il arrive rarement d'emblée à son apogée; il passe d'ordinaire du simple trouble fonctionnel à l'illusion et de l'illusion à l'hallucination confuse d'abord, puis devenant cette vision nette, précise et distincte qui laisse souvent des souvenirs assez profonds. Il est beaucoup plus rare de voir la décroissance se faire dans l'ordre inverse. D'ordinaire, l'hallucination devient confuse, ne reparaît que le soir ou quand les yeux sont fermés; le malade en a conscience; elle ne se présente plus que sous forme de rêves, de cauchemars, puis elle disparaît.

Formes du delirium tremens. — Telle est la forme la plus générale qu'affecte le délire ébrieux dans sa symptomatologie complexe; mais la prédominance excessive d'un ou de plusieurs des phénomènes qui le constituent, ou l'invasion d'une complication plus ou moins grave donnent à l'ensemble des symptômes un type particulier qui permet de constituer trois formes principales.

Forme suraiguë. — Dans les manifestations violentes et désordonnées du delirium ébrieux, les différents auteurs ont décrit deux types distincts : la forme suraiguë de Delasiauve, la forme fébrile de Magnan. La première est caractérisée surtout par l'intensité du délire, la seconde, par l'élévation de la température et l'exagération du tremblement musculaire. Krafft-Ebing en signale une troisième dans laquelle prédominent surtout les phénomènes adynamiques.

La forme suraiguë de Delasiauve est remarquable surtout par la violence, l'agitation, l'intensi é du délire et la gravité de l'état général. L'activité nerveuse est prodigieuse : le malade n'a ni trève ni repos ; aucune partie de son corps n'est exempte d'agitation ; vultueuse, rouge, violacée même,

la face grimace par le frémissement de ses muscles; les yeux roulent dans leur orbite; la peau chaude, brûlante, s'humecte d'une sueur profuse et visqueuse, exhalant parfois une odeur alcoolique. La langue peut conserver sa fraîcheur naturelle; elle est plus souvent desséchée sur les bords, et sa surface est couverte ainsi que les bords, de croûtes fuligineuses. Communément la soif est vive, inextinguible; la respiration plus ou moins gênée; l'altération des traits indique une prostration profonde; quant au pouls, tantôt accéléré et déprimé, il contraste d'autres fois par son rythme presque normal avec l'ensemble des symptômes. L'esprit est assailli par des hallucinations dont la succession rapide occasionne une mobilité incessante; les paroles se pressent dans la bouche du patient, au point de se faire concurrence et de ne s'en échapper qu'avec effort en phrases saccadées, entrecoupées, souvent inintelligibles. En jactitation continuelle, sa tête et ses mains se portent brusquement de tous côtés d'où semblent provenir les impressions imaginaires. (Delasiauve).

A ces symptômes psychiques viennent se joindre des phénomènes organiques qui donnent à l'affection un caractère fébrile, ataxique et typhoïde; des convulsions épileptiformes compliquent parfois encore, en l'aggravant, la scène morbide. La mort est fréquemment la suite d'un état aussi grave et elle survient d'ordinaire dans un état adynamique que l'on peut attribuer, en partie, à l'épuisement nerveux occasionné par la violence de l'attaque.

C'est probablement à cette forme terminale que Krafft-Ebing a donné le nom de forme adynamique; le pouls faiblit et disparaît; les battements du cœur s'obscurcissent et deviennent à peine perceptibles; le malade tombe dans

le collapsus; des sueurs profuses apparaissent; le délire se présente sous forme de rêvasseries; plus rarement il est furieux; la langue se dessèche; la bouche est remplie de fuliginosités; la conscience se perd et le malade tombe de la stupeur dans le coma et meurt.

Ces cas sont excessivement graves; leur cause n'est guère encore élucidée; on l'a attribuée à l'alcool amylique, mais il est fort probable que le tempérament, la constitution du malade et celle du milieu où il se trouve, n'y sont pas étrangères.

Le delirium tremens fébrile, de Magnan, ne nous paraît guère se différencier du précédent, si ce n'est peut-être par la prédominance moindre des phénomènes psychiques sur les phénomènes organiques.

Cette forme apparaît surtout chez les alcoolisés qui se sont récemment livrés à des excès considérables. Vers le quatrième ou le cinquième jour d'un delirium tremens qui suit sa marche ordinaire, la température, qui était restée jusqu'alors dans des limites normales, s'élève tout à coup et atteint 40° et même 42°; en même temps, les troubles de la motilité se généralisent et augmentent le danger par leur excessive généralisation et leur longue durée; le tremblement s'empare de tous les muscles du corps, s'accompagne de secousses, de frémissement et d'ondulations musculaires, phénomènes qui persistent pendant le sommeil et épuisent ainsi les forces excito-motrices du système nerveux par une activité stérile, tumultueuse et désordonnée.

Un troisième caractère, moins important, réside dans la faiblesse musculaire excessive qui accompagne cette forme de delirium tremens : les malades ne savent presque plus se tenir debout et serrent à peine la main qu'on leur offre.

Ce désordre profond de l'innervation mène rapidement à un épuisement nerveux, à un abattement complet des forces qui se termine par la mort. Un seul signe différencie peut-être cette forme hyperthermique de la forme suraiguë, de Delasiauve, c'est que, malgré un fonds de gravité excessive, le délire et les troubles sensoriels peuvent être modérés, offrir des rémissions prolongées et laisser parfois aux malades une conscience entière de leur situation.

Une troisième forme a été décrite, le delirium tremens subaigu, qu'il ne faut pas confondre avec l'alcoolisme subaigu, de Lasègue, forme qui est assez mal caractérisée. Là viennent se réfugier tous les types que l'on ne saurait faire entrer ailleurs; le délire sensoriel peut y atteindre une certaine acuité, mais le délire émotif y est beaucoup moindre; on ne constate ni cette terreur, ni même cette frayeur du delirium tremens aigu; le malade est calme, tout au plus inconstant et mobile; le délire, qui est très superficiel et interrompu par des rémissions fréquentes, est plutôt professionnel; le malade se croit à ses occupations journalières, et c'est tout au plus si de temps en temps quelques illusions ou hallucinations terrifiantes viennent le distraire de son subdélire tranquille ou de son bavardage inoffensif : X..., qui est cocher, fouette ses chevaux, parle aux voyageurs, s'irrite contre les obstacles qui arrêtent sa voiture; C..., qui est jardinier, se croit au milieu de son jardin et s'occupe de ses plantes et de ses légumes; B..., qui est marchand de vin, verse à boire, répond à ses pratiques, interpelle ses garçons. L'insomnie est toujours opiniâtre.

Terminaison. — Les terminaisons du delirium tremens sont multiples et ont une importance décisive sur l'avenir de l'alcoolisé; ce sont :

1° La guérison. Elle est assez fréquente en dehors des formes graves de l'affection; tantôt elle se produit d'une manière brusque, comme critique, par un sommeil lourd et prolongé; tantôt c'est plus souvent d'une manière lente et graduelle que l'amélioration se prononce; il survient des rémissions de plus en plus longues, caractérisées par du calme moral et intellectuel ainsi que quelques heures de sommeil. Ce dernier constitue un des meilleurs signes de l'amendement; les hallucinations et les illusions deviennent moins fréquentes et moins tenaces; bientôt elles ne se montrent plus que le soir, au moment du sommeil; l'anxiété et l'inquiétude s'apaisent, le tremblement diminue, la conscience reparaît, le trouble sensoriel est apprécié à sa juste valeur et insensiblement la guérison se prononce. Il n'est pas rare cependant de voir la période aiguë du délire de l'alcoolisé faire place à un état de stupeur, hébétude intellectuelle, démence aiguë même, pendant lequel tout symptôme actif a disparu, mais qui laisse au malade une conscience troublée, le met dans l'impossibilité de se rendre compte de sa situation et qui ne se dissipe qu'insensiblement.

Le tremblement est le symptôme le plus lent à disparaître; on peut le voir persister bien avant dans la convalescence. La mémoire revient souvent entière; d'autres fois le souvenir reste troublé et parfois même il se trouve complètement éteint.

2° La mort. L'issue funeste est rare dans le delirium tremens de forme ordinaire; cependant on y constate parfois des morts subites dont les causes n'ont pas encore été bien élucidées, mais qui ont été attribuées à l'épuisement rapide de l'innervation. Le plus souvent le décès a lieu par transformation en delirium tremens fébrile et suraigu, soit

subitement, soit graduellement, ou bien par suite de complication cérébrale, œdème du cerveau, attaque épileptiforme. Plus souvent qu'on ne pourrait le croire, ce sont les désordres organiques, dont le délire n'est souvent qu'une complication, qui viennent mettre fin à la vie.

3° Passage à l'état chronique. Cette transformation a été jusqu'ici peu étudiée; le mot de passage à l'état chronique est peut-être mal choisi; l'on devrait plutôt dire transformation en délire chronique; celle-ci se présente assez rarement, et là où elle a lieu, elle donne au delirium tremens la forme du délire de persécution alcoolique sous laquelle elle est mieux connue, Dans ces cas, les phénomènes aigus se calment, la suractivité disparaît, l'état émotionnel s'émousse; l'insomnie est remplacée par un sommeil agité par des rêves et des cauchemars; les hallucinations perdent leur activité et leur fréquence, et finissent par disparaître; le délire s'organise, le tremblement s'invétère tout en diminuant; c'est un véritable délire alcoolique chronique qui s'établit.

4° Transformation en autres espèces de folies.

Ce mode de terminaison a été soigneusement étudié par Magnan, qui a même constitué le delirium tremens en trois groupes différents, suivant la plus ou moins grande tendance qu'il offrait à la guérison ou à la terminaison par aliénation mentale proprement dite.

Le premier groupe comprend les malades atteints de délire alcoolique, à convalescence bénigne, rapide et complète.

Le deuxième groupe renferme les malades atteints de délire alcoolique à convalescence lente et à rechutes faciles.

Le troisième groupe est composé des malades prédispo-

sés, atteints de délire alcoolique à rechutes fréquentes et à convalescences souvent entravées par des idées délirantes affectant plus ou moins la forme de délires partiels. Cette terminaison s'observe le plus souvent chez les héréditaires ; mais la prédisposition est parfois aussi acquise ; c'est ainsi que par suite de nombreuses rechutes, il s'établit une véritable habitude délirante et hallucinatoire qui devient plus marquée après chaque accès et qui finit par amener la persistance définive du délire. L'on voit alors les phénomènes purement psychiques prendre le dessus sur les désordres plutôt organiques du système nerveux ; le tremblement diminue et s'efface ; les symptômes gastriques se calment, le sommeil reparaît ; les hallucinations elles-mêmes cèdent ; mais le délire qui en a été la conséquence, se développe davantage, s'organise, se stéréotype et finit par devenir absolument chronique. C'est alors un véritable délire chronique, qui a perdu presque complètement l'empreinte de son origine et se confond dans la masse des vésanies psychiques.

5° Terminaison par la démence.

La démence est une terminaison fréquente des accès de delirium tremens ; il vaudrait peut-être mieux dire une des suites du délire ébrieux, car son influence n'est pas toujours exclusive dans la production de la démence. L'on pourrait cependant citer des cas où celle-ci a apparu immédiatement et parfois irremédiable, à la suite d'un accès violent de délire tremblant ; mais l'on voit plus souvent les atteintes se répéter nombre de fois et enlever à chacune de leurs apparitions une certaine parcelle de l'énergie intellectuelle jusqu'à ce que la déchéance soit irremédiablement établie.

Mais dans cet affaissement progressif, quelle part faut-il

faire au delirium tremens en lui-même et quelle part faut-il faire à l'influence de l'alcoolisme chronique? Part égale, probablement, mais qui varie suivant les prédispositions individuelles et héréditaires et se manifeste par les circonstances les plus variées. Aussi bien que la démence simple, la démence paralytique peut être la suite du delirium tremens; elle n'offre du reste dans ces cas, rien de particulier à signaler.

Anatomie pathologique. — Ni l'anatomie, ni la physiologie pathologique ne sont encore parvenues à nous donner les raisons et l'explication des accès de delirium tremens. L'autopsie ne révèle qu'une congestion sanguine assez forte des méninges; la pie-mère est fortement vascularisée, et parfois happe légèrement à la couche corticale sous-jacente; les mailles de sa texture sont souvent œdématiées et renferment de légères suffusions sanguines; les couches grises et la substance blanche peuvent participer à cette injection; le liquide céphalo-rachidien peut être augmenté. Parfois l'on ne constate absolument aucune lésion en dehors de celles de l'alcoolisme chronique.

3. PSYCHOSES ALCOOLIQUES.

Nous considérons comme psychoses alcooliques, les formes mentales assez bien spécifiées qui n'ont pas seulement pour cause occasionnelle l'alcool, mais qui naissent sur un fonds d'alcoolisme chronique, ou tout au moins, de saturation alcoolique, et sont, par conséquent, accompagnées de l'une ou de l'autre de ces manifestations. Nous les diviserons en trois ordres, les deux premiers renfermant les folies alcooliques primitives, le dernier contenant plutôt des formes secondaires.

Ces trois ordres d'affections constituent les groupes suivants :

1e Classe. Folies alcooliques dépressives ;

2e Classe. Folies alcooliques expansives ;

3e Classe. Folies alcooliques chroniques. Délires partiels alcooliques.

Nous allons donner une description clinique de chacune des individualités morbides que renferment ces différents groupes.

A. *Folies alcooliques dépressives.* — Ce sont les plus fréquentes et elles ont été pendant longtemps considérées comme l'unique expression délirante de l'alcoolisme psychique. Elles offrent un seul type bien spécifié qui est la

Lypémanie alcoolique.—Cette individualité mentale alcoolique débute d'ordinaire d'une manière brusque ; d'autres fois, elle a les prodromes habituels de toute folie mélancolique, inquiétude vague, changement de caractère, irritabilité excessive, difficulté du sommeil.

Puis, l'invasion se fait et se caractérise principalement par un état panophobique et des hallucinations de l'ouïe, contrairement au delirium tremens où l'hallucination visuelle est presque exclusive. L'anxiété précordiale et les angoisses atteignent leur paroxysme et plongent le malade dans un état de mélancolie anxieuse extrême dont le caractère impulsif prouve l'origine souvent primitive de la lésion émotionnelle. Celle-ci est, cependant, entretenue et notablement fortifiée par les hallucinations nombreuses, multiples, changeantes, persistantes dont le sens de l'ouïe est le siège. Ce sont d'ordinaire des voix accusatrices ou menaçantes, souvent l'un et l'autre. On crie au malade qu'on le tue, qu'on va l'assassiner, l'empoisonner, le guillotiner,

qu'on va lui faire subir tous les outrages et toutes les mutilations; qu'il sera massacré, écartelé; il s'entend injurier et accuser d'être un scélérat, un coquin, un voleur, ou bien, on lui reproche des actes honteux; il est atteint de la vérole; a commis des attentats à la pudeur, des viols; c'est un pédéraste.

Accru encore par l'hallucination, le trouble émotif devient extrême et aboutit à des raptus mélancoliques et à des idées et des tentatives de suicide, tantôt logiques et raisonnés, en ce sens qu'ils ont pour cause l'état de mélancolie et de désespoir, mais, d'autres fois aussi tout à fait aveugles, impulsifs, irréfléchis.

Les phénomènes d'ordre somatique sont, peut-être, moins prononcés que dans les autres formes; le tremblement est peu appréciable, les symptômes hyperesthésiques et anesthésiques sont fugaces, quand ils existent; il y a, cependant, de la céphalalgie et de l'insomnie. Dans les cas graves, la mémoire de l'accès mélancolique peut avoir complètement disparu, surtout quand il s'est montré sous forme de raptus; mais souvent elle persiste sous la forme d'un souvenir aussi vague que celui d'un rêve.

La durée est, d'ordinaire, assez longue, et elle se rapproche davantage de celle des folies ordinaires que de celle du delirium tremens. La guérison en est une terminaison fréquente; quand cette forme ne se termine pas d'une manière favorable, elle peut persister de longs mois à l'état de mélancolie anxieuse ou donner naissance à un délire des persécutions dont le désordre émotif disparaît insensiblement et qui s'organise alors en dehors des troubles de la sensibilité générale tout en conservant son empreinte.

Observation XXXVI. — Merman, 36 ans, fils d'ivrogne

et adonné lui-même dès sa jeunesse aux excès alcooliques, offre depuis des années des symptômes d'alcoolisme chronique, est atteint d'un catarrhe gastro-intestinal avec vomissements et diarrhée. Depuis, se trouve affaibli et ne dort presque plus. Tout à coup, le 4 juillet, il se trouve profondément troublé et ébranlé, est pris d'une violente anxiété précordiale, voit des diables et des spectres et s'entend dire qu'on le jettera en prison, a une crainte excessive de mourir et fait une tentative de suicide en s'enfonçant une pointe de canif dans la région précordiale.

Le 7, l'égarement atteint son maximum; le facies est hagard, la conscience troublée; il se croit destitué, condamné à 8 mois d'exposition publique; l'avenir lui paraît horrible. Il entend des voix qui lui disent qu'il est condamné, voit des figures grimaçantes, des figures de femmes, du feu. Il ne dort plus et continue d'être tourmenté par une anxiété précordiale excessive; il voit défiler devant lui des processions d'enfants, des prêtres, des écureuils grimpant le long des murs de sa chambre. Le pouls est à 84; les mains tremblent; il existe des palpitations. Des injections cutanées de morphine, des bains avec irrigations froides, font reparaître le sommeil, diminuent les sentiments d'angoisses et font amoindrir et finalement disparaître les hallucinations. Le malade sort guéri (1).

Observation XXXVII. — Frédéric, marchand de vin, descend d'un père ivrogne qui mit fin à ses jours dans un moment d'ivresse pathologique. Étant enfant, il a souffert de convulsions d'abord, de rhumatisme ensuite; il mena dès sa jeunesse une vie dissipée et dissolue en s'adonnant à de grands excès alcooliques. Son fils devint épileptique à l'âge de la puberté.

(1) KRAFFT-EBING. *Lehrbuch der Psychiatrie;* tome III, (ob. 139).

En 1873, apparut chez le patient le premier accès de mélancolie alcoolique. Depuis lors, il eut de fréquents accès d'anxiété précordiale; à partir de 1875, le sommeil devint mauvais; il eut des réveils en sursaut; des vomissements apparurent le matin accompagnés de tremblement. A la fin de janvier 1876, les sentiments d'angoisses augmentèrent et s'accompagnèrent de palpitations, le patient se trouva mal à l'aise et perdit le goût et l'aptitude au travail.

Au 3 février, au milieu d'un débat judiciaire, il est pris tout à coup d'un trouble mental particulier avec anxiété précordiale; il croit qu'on lui lance subitement sur tout le corps un bain de pluie chaude; il se trouve oppressé jusqu'à la dyspnée, et au moment de passer à la signature de l'acte, il lui semble qu'il doit signer sa propre condamnation à mort. La frayeur, l'angoisse qui le saisit, s'augmente; il se trouve inquiet, pourchassé, court de côté et d'autre, ne dort plus, a des visions, voit des saints, des bêtes; il demande lui-même son admission à l'asile, car la frayeur est telle qu'il ne sait plus se conduire lui-même.

L'angoisse et l'anxiété précordiale ont atteint leur paroxysme et produisent un véritable trouble mental; le malade demande à genoux qu'on ne l'abandonne pas; est d'une mobilité excessive, ne sachant rester en place, et s'attend à chaque instant à un événement néfaste; croit qu'on va le conduire devant la justice. Il ne sait, du reste, pas bien donner à ses sentiments d'angoisse et de frayeur un motif matériel; il croit seulement que tout ce qu'il fait, est mauvais; il se trouve dans la situation morale de quelqu'un qu'on va pendre; il ne veut pas manger parce qu'il lui semble qu'en mangeant, il commet un grave péché.

La tête est congestionnée; le malade ne dort pas, se plaint

de céphalalgie, de vertiges; a un catarrhe gastrique; les mains tremblent. Le pouls à 100 monte à 130, au moment des accès d'anxiété précordiale. Les extrémités sont froides; les artères spasmodiquement contractées. Pendant la nuit, apparaissent des saints et des bêtes; il entend du bruit à ses oreilles; l'angoisse et l'anxiété sont continues; s'attend toujours à un événement horrible et prie en grâce de le conduire de suite à l'échafaud, plutôt que de le laisser souffrir plus longtemps (1).

B. *Folies alcooliques expansives.* — Les folies alcooliques à forme expansive ont encore été peu étudiées et sont généralement méconnues; à raison de l'importance du sujet l'on nous permettra d'y insister quelque peu.

Historique. — La lypémanie hallucinatoire a été considérée, jusque dans ces derniers temps, comme le caractère presque exclusif des folies alcooliques; la dépression de la sensibilité morale avec les hallucinations terrifiantes en constituaient le véritable fonds morbide.

Et cependant, si l'ivresse produit chez une partie de ceux qui en subissent l'influence, une évidente oppression des facultés mentales, dans la majorité des cas, ne produit-elle pas des symptômes tout à fait opposés? L'expansion, la gaieté, les illusions heureuses, les projets aventureux et ambitieux ne sont-ils pas l'apanage de l'excitation ébrieuse? Pourquoi donc cet état, qui confine aux états physiologiques, n'aurait-il pas son analogue dans la situation pathologique? Les aliénistes ont trop souvent constaté que dans l'homme aliéné l'on rencontrait les mêmes lois fonctionnelles que dans l'homme raisonnable, pour ne pas rendre, au moins probable, une réponse affirmative. Du reste, la

(1) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie;* (observ. 131).

paralysie générale, ce représentant de l'alcoolisme, offre ses variétés expansives et dépressives ; pourquoi les folies alcooliques ne les auraient-elles pas?

Marcé est peut-être le premier qui ait parlé de l'existence du délire ambitieux dans la folie alcoolique, et il en rapporte deux observations dans la *Gazette des hôpitaux* de 1869; mais son travail n'a guère attiré l'attention des aliénistes.

Ce fut Voisin, dans l'article qu'il publia, en 1864, dans les *Annales médico-psychologiques*, qui démontra définitivement qu'un délire de grandeurs à peu près identique à celui de la paralysie générale, caractérise une des formes de la folie alcoolique, soit aiguë, soit chronique. L'étude du médecin de la Salpétrière n'eut toutefois que peu de retentissement, car le mémoire de Foville, qui établit exactement la situation de la question du délire des grandeurs, à l'époque où ce travail fut publié, passe complètement sous silence la variété expansive de la folie alcoolique.

De remarquables travaux furent encore publiés depuis lors sur l'intoxication par les boissons fermentées; le plus important de tous, celui de Magnan, rappelle à peine l'existence du délire des grandeurs dans l'intoxication par l'alcool. C'est ainsi que, tandis qu'il consacre de longues pages à l'une de ces formes, c'est à peine s'il écrit quelques lignes à propos de la forme ambitieuse. « Les idées à caractère expansif, dit-il, se sont montrées exceptionnellement chez les alcoolisés aigus; nous avons eu cependant l'occasion d'en observer quelques cas; mais avec les idées ambitieuses, on voyait également le délire habituel pénible. »

« Dans l'alcoolisme chronique, le délire ambitieux a un peu plus d'importance, puisque dans certains cas douteux,

il peut aider à reconnaître la tendance de l'alcoolisme vers la paralysie générale. »

Voisin, dans ses leçons cliniques, n'a guère fait que répéter ses observations de 1864, en leur donnant toutefois un peu plus de développement. « Le délire, écrit-il, n'est pas systématisé, et suivant l'heureuse expression de Morel, coordonné, ainsi que cela s'observe dans certains délires monomaniaques. Il pêche essentiellement par la logique, et rien dans les actes du malade ne concorde avec leurs récits ; le délire est tout superficiel ; il n'impose son cachet qu'à la parole et à la physionomie, semblable en cela à celui des paralysés généraux. Dans les deux cas, en effet, les conceptions sont excessivement fugaces ; l'alcoolisé en fait bon marché, aussitôt qu'on les discute ; il ne cherche nullement à faire passer dans l'esprit de l'observateur son apparence de conviction et ne prend pas devant vous ce port, ce maintien, ce regard du monomaniaque atteint du délire des grandeurs. »

Dagonet, dans son *Étude sur l'alcoolisme* et son *Traité de l'aliénation mentale*, examine la question à un autre point de vue : pour lui, la lypémanie est un caractère exclusif de l'intoxication alcoolique ; c'est une forme spécifique, et l'alcool n'en produirait pas d'autres ; seulement il admet que certaines formes mentales peuvent être la conséquence des excès de boissons. Dans ces cas, l'espèce morbide n'est plus un symptôme de l'intoxication ; ce n'est plus une folie alcoolique, c'est une aliénation mentale survenue à l'occasion des excès d'alcooliques.

Dagonet range dans cette catégorie la manie congestive, folie expansive par excellence, mais dont la nature intime est encore imparfaitement connue.

Nasse (1) décrit une forme spéciale de délire des persécutions de nature alcoolique dans lequel les idées ambitieuses occupent une place notable, mais qui se présente plutôt sous forme de délire chronique.

Dans son *Traité didactique de la folie*, Krafft-Ebing donne une description détaillée de la folie alcoolique expansive à laquelle il assigne le nom de *Mania gravis potatorum*.

Il n'est pas rare, dit-il, de voir survenir chez des individus atteints d'alcoolisme chronique, des accès de folie, à forme maniaque aiguë, et dont les différents symptômes concordent assez bien avec les formes d'aliénation mentale décrites par les divers auteurs sous le nom de manie ambitieuse, manie congestive (Baillarger), manie grave (Schüle d'Illeneau). Il n'a jamais vu cette variété morbide apparaître que sur un fonds préexistant d'alcoolisme chronique et il a découvert, dans l'ensemble comme dans la marche des différents symptômes, des particularités assez caractéristiques pour l'ériger en forme spéciale. Elle se produit sous l'influence de symptômes congestifs ou de phénomènes d'excitation maniaque plus ou moins analogues à ceux du début de la paralysie générale, avec cette différence que les signes d'affaiblissement intellectuel y sont beaucoup moins caractérisés.

Le début est marqué par une excitabilité croissante, une modification profonde du caractère, un état congestif, une inégalité ou absence de sommeil, une grande mobilité, une tendance excessive au vagabondage, une irritabilité croissante, de l'incohérence et de l'agitation.

Ces différents phénomènes s'accompagnent bien vite de délire des grandeurs qui, par son incohérence désordonnée,

(1) *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie;* vol. 34, p. 175.

se rapproche de celui de la paralysie générale, mais dont le caractère n'est ni aussi varié, ni aussi diffus. Les conceptions délirantes ont un fonds manifestement religieux; les malades se prétendent Dieu, empereur, roi, Jésus-Christ, pape; d'autres se croient excessivement riches. Au paroxysme du mal, il existe un état hallucinatoire affectant parfois exclusivement l'organe visuel (diables, anges, personnages divins); les hallucinations de l'ouïe sont plus rares. Au point de vue somatique, l'on constate surtout un état congestif, de l'insomnie, un tremblement labial et lingual; de l'inégalité pupillaire (1).

Tel est l'exposé historique de cette question de la folie ambitieuse alcoolique qui n'a pas, jusqu'ici, suffisamment attiré l'attention des praticiens, pour lesquels elle a cependant une importance d'autant plus grande, que les différentes formes morbides auxquelles elle s'applique ont avec la paralysie générale une ressemblance plus prononcée.

Les recherches que nous avons faites nous permettent de confirmer l'opinion de Krafft-Ebing et de reconnaître, comme l'auteur allemand, une entité expansive alcoolique, opposée à la mélancolie, et à laquelle le mot de manie ambitieuse alcoolique conviendrait peut-être bien.

Manie ambitieuse alcoolique. — Le caractère principal de cette forme est le trouble hallucinatoire qui siège dans les différents organes des sens; de même que dans la mélancolie alcoolique, la vue d'abord, l'ouïe ensuite, offrent les désordres les plus fréquents et les plus accentués; la sensibilité générale est moins souvent lésée.

Les hallucinations visuelles ne font presque jamais défaut et elles offrent, pour ainsi dire, constamment avec le

(1) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der psychiatrie*, p. 183.

cachet ambitieux, un caractère religieux bien accentué. Presque toujours, et c'est là un caractère curieux qui ne manque pas de frapper par sa constance, ce sont des êtres de nature divine qui apparaissent, au milieu d'une auréole de lumière et de blancheur, au malade ébloui et transporté. D'ordinaire, c'est Dieu lui-même, sous la forme d'un vénérable vieillard, à barbe blanche, recouvert d'un manteau blanc ou porté sur un nuage d'une blancheur éblouissante; d'autres fois, c'est la vierge resplendissante de lumière; d'autres fois encore, ce sont des anges, des saints. Presque toutes les observations rapportées plus loin en font mention et il nous serait facile d'en augmenter le nombre. Il est à noter que plus d'une fois nous n'avons pu constater le phénomène qu'après la guérison du malade, parce que, dans le moment même, il avait été tellement frappé de son apparition qu'il ne l'aurait pas divulguée.

Le trouble sensoriel de la vue peut se borner à ces apparitions surnaturelles qui sont, ou bien uniques, ou se répètent plusieurs fois; d'ordinaire cependant, elles sont multiformes, et c'est alors qu'apparaissent princes, rois, empereurs, comtes, barons et tous hauts personnages, au milieu desquels le malade semble passer son existence; c'est avec eux qu'il voyage; c'est à leur cour qu'il réside et qu'il est entouré de toutes les grandeurs de ce monde. Ailleurs ce sont des évêques, archevêques, papes, qui font l'objet de ses hallucinations, ou bien l'alcoolisé voit passer devant ses yeux des scènes historiques; il assiste au couronnement des rois, et se mêle lui-même à toutes leurs grandeurs. D'autres fois, ce sont les tableaux les plus agréables qui s'offrent à sa vue : il traverse les pays les plus pittoresques, toutes les beautés de la Suisse et de l'Italie,

avec leurs vallées fleuries et leurs montagnes neigeuses, passent devant ses yeux éblouis ; ce ne sont qu'amas d'or, d'argent et de diamants.

Comme dans la variété mélancolique, le trouble hallucinatoire présente un caractère presque constant : les hallucinations sont mobiles, changeantes, apparaissent et disparaissent avec rapidité, sont multiples, se modifient d'un instant à l'autre avec la plus grande facilité ; c'est un véritable changement de décors à vue, un mirage, une fantasmagorie, d'après l'expression des malades.

Les hallucinations de la vue ne constituent tantôt qu'un simple rêve dont les impressions sont à peine plus vivaces que celles d'un rêve ordinaire, mais que le malade distingue peut-être encore de la réalité ; ce sont des tableaux qu'on lui fait apparaître ; telles sont les expressions dont il se sert pour caractériser les sensations subjectives qu'il ressent. Mais d'autres fois, le trouble sensoriel se présente avec une telle intensité, tous les personnages apparaissent au malade avec une telle réalité qu'il ne lui devient plus possible de conserver le moindre doute sur l'existence des scènes qui se passent devant ses yeux, auxquelles il prend alors une part réelle et qui laissent chez lui des impressions tellement vivaces, qu'elles ont souvent de la peine à se modifier dans la suite.

Les hallucinations auditives sont aussi fréquentes et aussi tenaces que les précédentes ; leur invasion d'ordinaire brusque, la persistance avec laquelle elles poursuivent le malade, produisent dans sa situation un changement tellement rapide, qu'il en est lui-même étonné ; il n'a pas encore eu le temps de se faire au nouveau milieu dans lequel le transportent soudainement les sensations étranges aux-

quelles il est en proie. La nature des hallucinations auditives est en rapport avec le trouble hallucinatoire dont les organes visuels sont le siège; ce sont d'ordinaire des promesses d'argent, d'honneurs, de titres, de puissance; les malades sont associés aux hautes destinées des personnages élevés au milieu desquels ils vivent; tantôt c'est Dieu qui leur ordonne de le représenter sur la terre, en y semant les bienfaits de la religion, en y réformant le mal, etc., etc. L'être éternel promet, comme récompense à celui-ci, la richesse, la prospérité, le bonheur; à celui-là, la gloire et les honneurs; l'un est délégué aux puissances terrestres pour assurer la paix au monde, l'autre reçoit des missions divines et prêchera une nouvelle religion.

Les hallucinations de la sensibilité générale sont plus rares, mais elles existent cependant sous forme de sensations douloureuses variées que le malade ressent à travers le corps et qu'il transforme par le délire en coups de canifs, coups de couteau, brûlures, décharges d'électricité qui l'atteignent de toute part.

A ce trouble sensoriel de nature expansive viennent souvent se joindre des hallucinations dépressives, des visions effrayantes, douloureuses et pénibles; mais elles sont en général fugaces, peu intenses et ne déteignent que peu sur le délire général.

Les modifications de la sensibilité morale sont plus difficiles à bien constater, et semblent varier suivant des conditions qu'il n'est pas toujours facile de déterminer, au milieu de la réaction maniaque que provoque un trouble sensoriel aussi généralisé ; elles disparaissent trop souvent sans laisser de trace de leur existence. Il n'est, cependant, pas rare de constater, comme dans la manie congestive, une

véritable exaltation de la sensibilité morale, avec expansion des sentiments et de la personnalité ; les malades se sentent heureux, forts, puissants ; ils ont en eux-mêmes une confiance extrême qu'augmente encore la nature de leurs hallucinations ; de là, de l'agitation, de la violence, souvent de l'agression. Les sentiments dépressifs sont beaucoup moins fréquents et l'on peut même les rencontrer mélangés aux sentiments expansifs et alternant avec eux ; le malade est alors pris d'un sombre découragement, se lamente, se désole et tombe en proie à une profonde mélancolie.

Le résultat de cet état hallucinatoire et émotif est l'existence d'un délire des grandeurs d'ordinaire exubérant et dont l'activité cache souvent les phénomènes intimes qui lui ont donné naissance ; le délire seul se manifeste au dehors sous forme d'idées ambitieuses et d'idées de richesses dont l'étendue et la variété semblent faire le pendant de celui de la folie paralytique : les malades se croient Dieu, pape, empereur, roi ; ils possèdent biens, richesses, honneurs ; distribuent des millions, font des heureux, sèment l'or à pleine main ; ils sont généraux, livrent des batailles, etc., etc.

Les symptômes organiques varient notablement, suivant le degré plus ou moins avancé d'alcoolisme chronique sur lequel s'est développé l'état maniaque ambitieux ; le tremblement est bien prononcé ; des contractions fibrillaires des muscles labiaux amènent de l'hésitation et du tremblement de la parole ; l'insomnie est opiniâtre.

L'ensemble symptomatologique se présente d'ordinaire sous forme maniaque plus ou moins aiguë ; l'affection peut débuter d'une manière brusque et atteindre son paroxysme en quelques jours de temps ; alors, transporté presque

tout à coup dans un milieu tout autre où les visions de toute espèce et à chaque instant renouvelées forment autour de lui un monde nouveau; excité, enhardi par les spectacles étranges qu'il a sans cesse sous les yeux et les voix qui résonnent à ses oreilles, le malade tombe rapidement dans un état d'exaltation qui ne connaît plus de bornes; l'agitation devient extrême, le trouble intellectuel complet.

D'autres fois, ce n'est que par une progression moins rapide que l'affection en arrive à son paroxysme; on voit le malade affairé, excité, mobile, faisant des projets fantastiques, voulant réaliser des actes extravagants. Sans cesse aux ordres des voix qui le commandent et des visions qui le guident, il ne se laisse arrêter par aucun obstacle; puis l'excitation augmente, l'exaltation prend de grandes proportions, le délire et les hallucinations deviennent exubérants, et la forme maniaque est constituée.

Krafft-Ebing considère la manie ambitieuse alcoolique comme difficilement curable. Nous ne sommes pas tout à fait de son opinion; nous avons vu plus d'une fois cette forme de folie alcoolique se terminer par guérison, et cela même assez rapidement. D'autres fois, elle se transforme en délire chronique; l'agitation disparaît, les hallucinations se calment et les conceptions délirantes se stéréotypent. La mort en est quelquefois la conséquence, soit par délire aigu, soit par suite de complications viscérales.

Observation XXXVIII. — Merman, âgé de 55 ans, dont le frère fait l'objet de l'observation 139, se livre depuis sa jeunesse à des excès alcooliques et abuse notamment de vin et de rhum; il a eu, il y a 25 et 30 ans, quelques courts accès de folie; dans ces derniers temps ont apparu des symptômes d'alcoolisme chronique.

Depuis l'automne 1873, il est excessivement irritable, excité et inconstant; il dort mal; de nouveaux et violents excès amènent subitement un état de manie qui le fait admettre à l'asile le 7 octobre 1873.

Il se trouve alors dans une période de rémission, arrive à l'asile comme un triomphateur, assis dans une voiture, et ayant devant lui un domestique qu'il compte livrer à la justice; c'est un prétexte que l'on a choisi pour parvenir à le conduire à l'établissement.

Il se dit empereur et pape, raconte qu'il a vu Dieu et Jésus-Christ lui apparaître au milieu des nuages, qu'il a entendu de la musique merveilleuse. Le patient offre une grande loquacité, parle millions et milliards; le sentiment de la personnalité est fort développé. Le pouls est fréquent; la tête congestionnée.

Le 9, l'ensemble symptomatologique se présente de nouveau sous forme d'un véritable paroxysme maniaque. Absence de sommeil. Le malade est troublé, inconscient; voit la vierge lui apparaître; entend la voix de ses proches. Le malade délire et déchire, se déshabille et salit ses vêtements. Les bains avec affusion, l'opium jusqu'à 30 centig. par jour restent sans effet. Vers le milieu d'octobre, la fureur se calme; il ne persiste plus que de l'exaltation maniaque; la conscience semble s'éclaircir; les hallucinations et le délire faiblissent.

Mais le caractère reste modifié : grande irritabilité; ne sait conserver en rien une juste mesure; très émotif et versatile; tantôt pleure pour les motifs les plus futiles, tantôt se met en colère et se désole jusqu'à faire des menaces de suicide pour des niaiseries; le sommeil est mauvais; symptômes congestifs. Les injections sous-cutanées de morphine

font disparaître les périodes d'irritation. Le malade se calme et tombe dans un état d'affaissement moral et intellectuel (1).

Observation XXXIX. — M..., fabricant d'armes, a un père adonné à l'ivrognerie et une mère irritable et colérique; un frère est idiot; le patient est un buveur accompli qui a encore augmenté ses excès à la suite de tracasseries de famille.

Depuis quelques mois, on s'est aperçu qu'il devenait plus difficile et plus irritable; il est querelleur et excité, fait des projets hasardés, est très personnel, dort mal et offre des symptômes congestifs vers l'encéphale.

Le 6 mai, à la suite d'excès répétés et de nuits passées sans sommeil, le patient devient excessivement excité, passe des journées entières sans rentrer chez lui et parcourt les cabarets; des idées bizarres apparaissent; il veut agrandir ses affaires et devenir un riche commerçant. Puis devient brutal jusqu'à la fureur et se met dans des colères terribles.

Au moment de son admission à l'asile, il a la conscience fortement troublée et se trouve en pleine fureur, casse et brise, malmène et frappe son entourage et ceux qui s'opposent à ses volontés; il se dit être Jésus-Christ, et annonce l'arrivée d'un nouveau règne de Dieu.

C'est un individu d'une grande force, et qui n'offre aucune trace de maladie corporelle; le pouls est de 90 à 100 pulsations. Les bains prolongés amènent un peu de sommeil et calment ordinairement pendant quelque temps; mais les accès maniaques reparaissent chaque fois durant des heures sous l'influence de symptômes congestifs et d'accélération du pouls; le patient crie, se démène et profère

(1) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie* (obs. 142.)

des paroles incohérentes où les mots de Dieu, Christ, ange, reviennent à chaque instant; voit des enfants, des saints; il détruit et déchire ce qui lui tombe sous la main.

Dans ses moments de calme, il est épuisé, mais très irritable; à la fin de mai, le calme reparaît, mais le malade est affaissé; il dort. Quelques mois plus tard, la guérison est complète (1).

Nous avons nous-mêmes recueilli beaucoup d'observations de ce genre; nous nous bornerons à en rapporter quelques-unes.

Observation XL. — B..., admis le 20 avril 1875; ce jeune homme, âgé de 35 ans, est d'une bonne constitution; il n'accuse comme affection antérieure qu'une fièvre typhoïde datant de quelque temps déjà. Assez instruit, d'un tempérament nerveux, il est fort passionné pour les femmes; à 10 ans, il aimait déjà comme d'autres n'aiment qu'à 20 ans. A toujours été ambitieux, recherchant le luxe et la toilette, et faisant ce qu'on appelle vulgairement bâtir des châteaux en Espagne. Son caractère est doux et bon; lui-même est fort faible de volonté. D'un tempérament nerveux et émotif, il a fait pendant longtemps des excès de femme et de boissons. On ne constate pas d'antécédents héréditaires dans la famille.

C'est pendant le carnaval dont il avoue lui-même avoir par trop fêté le retour, qu'ont apparu les premiers symptômes de son affection. Il a commencé par faire des rêves étranges sur les phénomènes de la nature, le groupement des astres; puis sont survenues des sensations bizarres qu'il ne saurait expliquer; il se sentait comme électrisé; et enfin la perception du monde extérieur s'est modifiée; il

(1) KRAFFT-EBING. *Ibid.* (obs. 142. Résumé par l'auteur).

vivait constamment comme dans un rêve; il ne voyait plus rien distinctement; tout ce qu'il apercevait était comme « entre-deux » dit-il; il ne sait autrement nous décrire son état; j'étais comme sous une nature subordonnée à la mienne. A cet état vinrent bientôt se joindre des illusions et des hallucinations. Il a vu le ciel s'ouvrir et la sainte-vierge lui apparaître en lui envoyant un rayon d'amour; autour de lui régnait une clarté d'une douceur indescriptible dont les rayons lui pénétraient l'âme et lui infusaient une langueur interne d'une jouissance ineffable. Puis il a vu se dérouler devant lui les paysages les plus pittoresques du monde; il s'est vu transporter dans les plus beaux sites de l'Espagne et de l'Italie; des montagnes de neige et des mines d'or défilaient devant lui, etc., etc.; il a aperçu au ciel des météores qui le guidaient et lui indiquaient le chemin qu'il devait prendre. Les illusions étaient aussi nombreuses et toujours dans le sens expansif : les nuages apparaissant dans le ciel se sont groupés en forme de chapeau d'empereur et il a reconnu à ce signe sa haute destinée.

Les hallucinations de l'ouïe n'étaient ni moins nombreuses, ni moins curieuses; ses idées n'étaient pas songées, dit-il, elles lui étaient transmises dans la mémoire, elles lui étaient infusées du ciel, commes les poètes qui reçoivent leurs idées d'en haut; il ne devait plus penser; il parlait et écrivait d'un seul jet; on lui faisait dire des pièces de théâtre; on lui a mis dans la mémoire, il entendait dire dans sa mémoire qu'il était roi et empereur, qu'il devait régénérer le monde, qu'il devait déclarer la guerre à la Prusse. De là, un délire des grandeurs des mieux caractérisés, assez incohérent, quoique se maintenant toujours dans un certain cercle : « C'est par ordre du roi qu'il entre

à l'asile; il est le père de la sainte-vierge; l'empereur d'Autriche est le seul qui se soit opposé à ce qu'il revête de si hautes insignes; on a voulu le nommer empereur; il a eu pour se distraire les livres de Marie-Antoinette.

Au milieu de ce concert de jouissances apparaissent cependant çà et là quelques ombres; il voit parfois du feu autour de lui; d'autres fois ce sont des femmes pendues aux arbres ou des hommes qui prient. Ces hallucinations sont une preuve de plus en faveur de la nature alcoolique du délire.

En même temps que ces phénomènes sensoriels et délirants, il existe chez B..., une grande surexcitation, de l'incohérence, de l'inconscience et un tremblement général assez marqué.

Au bout d'un mois environ, l'état d'acuité des symptômes se calme, et le malade tombe dans une espèce d'état de stupeur, avec concentration presque complète du fonctionnement intellectuel; les rares réponses que l'on obtient encore de lui ne décèlent en rien le fonds de son état mental. Il se livre parfois à des gestes bizarres; on l'a vu faire le simulacre de cérémonies religieuses, comme s'il était encore revêtu de hautes dignités ecclésiastiques; un jour même est survenu un accès de surexcitation pendant lequel le malade s'est élancé en avant et a failli se briser la tête contre le mur; il donne pour motif qu'on l'empêche de régénérer le monde qui n'est qu'une esquisse. Mais cette éclaircie, dans l'uniformité de sa situation, n'est que passagère et il retombe dans son état de stupeur ordinaire dont il est impossible de le tirer; il est gâteux. Les fonctions animales s'accomplissent régulièrement. La sensibilité est obtuse et son obtusion est peut-être due plus à la concen-

tration intellectuelle qu'à la diminution des facultés sensitives; il est difficile de se rendre compte de la motilité; les pupilles sont égales et dilatables.

Ce n'est qu'après plusieurs mois de cette situation mentale que B... semble renaître à la vie du monde extérieur; les idées commencent à être moins confuses; le délire faiblit; cependant les intervalles lucides, d'abord rares deviennent plus fréquents pour faire définitivement place à une guérison complète, dix-huit mois après son admission.

Observation XLI. — M... D'origine anglaise, est admis à l'asile le 16 janvier 1869; c'est un homme de 41 ans, fort instruit, parlant plusieurs langues; sa constitution est usée, son teint terreux, son crâne chauve; il présente des symptômes évidents d'alcoolisme chronique. Son père est mort dans un asile d'aliénés, et lui-même a été colloqué plusieurs fois déjà pour accès de folie alcoolique.

Actuellement, il se trouve de nouveau sous l'influence d'un état de délire ébrieux; il est excessivement surexcité, la face est injectée, les yeux sont brillants; il existe un tremblement général prononcé. M... est en proie à des illusions et hallucinations nombreuses; la sainte vierge lui a apparu; il a vu devant ses yeux tous les souverains de l'Europe; il a eu avec eux des conversations; ils lui ont donné des ordres; les voix qu'il entendait lui ont enjoint de renverser le gouvernement et de faire des coups d'état; il est lui-même le prophète moderne et l'adjoint de l'immaculée conception. Il sent dans la tête quelque chose qui travaille; il est comme un être machinal qui obéit à une force supérieure; les pensées lui sont comme envoyées du ciel. Il a écrit au Roi des Belges une lettre pour lui faire savoir qu'il avait reçu ordre de le tuer, et avant d'accomplir sa

mission, il demande 50,000 fr.; la lettre suivante qu'il a envoyée au Roi est assez curieuse :

« La pensée de feu Léopold Ier sonde les profondeurs de l'infini : apprête-toi, dit-il, à venir auprès de moi, et le poignard du prophète moderne tue Léopold II et la volonté du ciel est accomplie. Un doux frémissement agite la nature; une sainte extase saisit tous les habitants du ciel; au fond des enfers, l'orage gronde! Dieu pense! sa main soutient l'univers qui va se réduire en poussière, se perdre dans l'infini; au nom de celui qui tient les clefs de l'immensité, je vous prie, sir, avant de mourir par ma main, de me faire remettre par votre ministre des finances 50,000 fr.

» PROPHÈTE MODERNE, adjudant de l'immaculée conception.»

Quelques jours après l'admission de B..., à l'établissement, cet état s'était complètement calmé; au bout de 3 mois, B. est sorti guéri tout en conservant encore des symptômes d'alcoolisme chronique consistant en une excitabilité excessive, un léger état de démence morale et un tremblement fibrillaire. Nous avons appris qu'il a encore eu ultérieurement plusieurs accès de même nature, pendant l'un desquels il a failli se rendre célèbre en menaçant de tuer la reine d'Angleterre.

Observation XLII.—S... entré à l'asile le 20 mars 1876; il a déjà eu trois atteintes antérieures d'aliénation mentale sur lesquelles nous n'avons que des renseignements incomplets; la 2me atteinte date de 1864, et le malade paraît y avoir présenté tous les symptômes d'un alcoolisme hallucinatoire à forme dépressive; la seconde a eu lieu en 1870; au délire hallucinatoire terrifiant de l'intoxication alcoolique dépressif sont venus se joindre des symptômes de nature expansive, avec visions et hallucinations auditives.

La scène morbide débute par une violente surexcitation, de l'insomnie, des frayeurs; S... voyait d'horribles bêtes qui vomissaient du feu, apercevait partout des femmes, des filles, des soldats, des spectres; tout cela passait devant ses yeux avec rapidité; il sentait des personnes qui venaient le prendre et l'enlever de terre, voyait des bêtes, qui tout à coup grandissaient et puis disparaissaient; des hommes et des femmes habillés de blanc et entourés de lumière dansaient devant lui. Plus il veut suivre ces mirages, plus ceux-ci s'enfuient. Au milieu de ces symptômes apparaissent des idées de grandeurs très accentuées; il est fils de Dieu; toute la terre lui appartient; il sait tout faire. Cet accès dure environ six mois et se termine par une guérison complète.

S... est un charbonnier de profession; il s'est livré à de grands excès alcooliques en même temps qu'il a été soumis à de grandes fatigues; a fait dans sa jeunesse une chute sur la tête qui a dû occasionner une fracture du crâne, car des cicatrices profondes se sentent parfaitement encore sur le devant de la tête; depuis ce temps, persiste un strabisme interne gauche. Au point de vue héréditaire, il a un frère qui n'a pas acquis son développement intellectuel complet.

Au moment de son admission, S... se trouve dans un état d'exaltation prononcée, avec loquacité et exubérance de motilité; incohérence dans les actes et les paroles; illusions et hallucinations.

Au début de l'accès, S... voyait sans cesse des ombrages devant ses yeux; c'étaient des dames habillées de noir et autres visions dont il ne se rappelle plus parfaitement la nature; ces ombrages venaient sur lui et quand il s'était bien frotté les yeux, il ne voyait plus rien. Ensuite ces ombres ont pris des aspects plus distincts; il a vu une sainte

toute blanche lui apparaître; puis quelque temps après c'était un vieillard vénérable, à tête nue et qu'il a pris pour Dieu. Il entendait en même temps résonner autour de ses oreilles une foule de paroles, des voix sans cesse renouvelées; on disait dans sa tête qu'il était l'enfant de Dieu, qu'il était le cheval de Bayard, qu'il avait toujours existé, qu'il était riche et puissant.

Cet état hallucinatoire a eu des exacerbations comme des rémissions; les phénomènes qui le constituaient se sont renouvelés à plusieurs reprises, ont même varié de formes tout en conservant toujours le même fonds. Il en est résulté un délire excessivement variable où les idées de grandeurs étaient presque exclusives : S. est Dieu, il peut déclarer tous les climats de la terre; il a toute la terre sur son dos; toutes les fosses de charbonnages sont à lui; il faut que tout le monde lui obéisse; voit des flammes qui sortent de terre; des femmes, des filles, Notre-Dame-des-Neiges, qui défilent devant ses yeux. Quelques idées d'empoisonnement se font jour; se croit empoisonné et demande les pilules du Roi.

Il n'existe plus de frayeurs, mais bien un état d'expansion bien caractérisé; il se sent heureux, fort, vigoureux, prêt à s'élancer dans les airs; il n'a plus besoin de penser ses idées; elles lui viennent comme d'elles-mêmes; c'est ainsi qu'il entend chanter dans son corps des chansons qu'il n'a jamais connues ni apprises; quand il veut dire ses prières, d'autres paroles lui viennent comme d'elles-mêmes à la bouche.

L'excitation et l'état hallucinatoire ont insensiblement diminué; les intervalles lucides sont de plus en plus longs et de plus en plus fréquents, et le 19 février, après un traitement d'environ une année, S. quitte l'établissement dans

un état de guérison qui s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Observation XLIII. — M. admis à l'asile le 20 février 1870; les renseignements commémoratifs précis manquent; a eu un oncle apoplectique; il y a dans sa famille plusieurs membres adonnés aux alcooliques; lui-même n'a jamais eu de maladie grave; jouit d'une bonne santé, est d'une forte constitution et a fait de nombreux excès alcooliques.

Au moment de son admission, il est fort excité, reste difficilement en place, court de côté et d'autre et se livre à une foule d'actes bizarres et incohérents. Le symptôme prédominant est un délire de grandeurs avec mélanges d'idées religieuses; il y a des illusions et des hallucinations; sommeil presque nul; tremblement appréciable surtout aux extrémités supérieures.

L'affection a débuté, il y a quelque temps, par un état d'agacement, d'inquiétude, de malaise. Le malade se croyant chagriné par tout le monde, s'est mis à boire pour oublier ses contrariétés et n'y parvenant pas, il a bu encore; alors ont apparu les premiers symptômes de l'alcoolisme hallucinatoire : illusions et hallucinations terrifiantes ; il a vu passer toutes sortes de bêtes dans le bois; des gardes champêtres, des gendarmes couraient après lui pour l'empoigner; a vu des christs tout autour de lui; en rentrant il y avait des soldats qui marchaient devant lui et s'arrêtaient à toutes les chapelles; a vu des spectres, des fantômes, cent mille lumières le long du chemin, des ours qui descendaient du ciel; entendait tirer des coups de fusil, dont les plombs lui tombaient sur la tête; il a vu un homme sortir d'un bois et l'a pris pour un diable.

A ce trouble hallucinatoire de nature terrifiante vient se mêler une situation toute opposée; des idées, des visions

de nature expansive modifient complètement la situation morale. Il était dans un bois et a vu apparaître un homme avec une grande barbe qu'il a pris pour Dieu et qui lui a dit de ne pas avoir peur; la sainte Vierge éblouissante de lumière et telle qu'elle est dans l'église, lui a aussi apparu; c'est alors qu'il a entendu dire qu'il était riche, que tout le monde lui appartenait, qu'il était le fils du comte de *** et que toute la fortune de celui-ci lui appartenait; il a voyagé à travers les belles campagnes dans la voiture du comte ***; on lui a encore crié qu'il était l'Antéchrist, qu'il devait toujours marcher selon la loi de Dieu, qu'il ferait la paix ou la guerre, qu'il devait épouser la fille du Roi; il a vu des anges descendre du ciel; il est Dieu universel et Roi sur Israël; il va faire bâtir des châteaux et des palais et recueillera les contributions des champs et des forêts.

Du reste, il y a là une variété excessive d'hallucinations au milieu desquelles le malade sait à peine se retrouver et qu'il ne se rappelle que confusément. Il semble toutefois y avoir chez lui deux situations émotionnelles différentes : tantôt gai, fort, hardi, puissant, expansif, il se croit une force et un pouvoir supérieurs et affronte les plus grands périls; d'autres fois craintif, inquiet, il fuit devant les visions terrifiantes qui se déroulent devant lui. Du reste, il est excité, incohérent, agité, ne dort pas.

L'état mental s'est insensiblement calmé; la lucidité a reparu avec le sommeil et au bout de quelques mois, la guérison était complète et s'est fort bien maintenue.

Comme on le voit par ces observations, dont nous pourrions de beaucoup augmenter le nombre, le délire, par son exubérance et sa nature, ressemble beaucoup à celui de la paralysie générale, et il est parfois fort difficile dans les

premiers temps de leur existence de faire un diagnostic différentiel entre ces deux affections.

Cependant, il serait peut-être assez aisé de trouver au délire expansif de la folie ambitieuse alcoolique certains caractères qui le distinguassent du délire des grandeurs des autres formes d'aliénation. Mais ces caractères ne sauraient être que superficiels, sans grande consistance et peut-être sans valeur réelle; ils ne pourraient exister que dans les modalités au lieu de se retrouver dans le fonds même. Comme le trouble de la paralysie générale, celui de la manie alcoolique grave est mobile, variable, changeant, mais avec d'autres nuances; son champ reste d'ordinaire plus limité; il n'a pas ce type enfantin de démence, de déchéance intellectuelle si caractéristique dans la folie paralytique. Dans cette dernière affection, le trouble des idées dépend d'une déchéance irrémédiable du cerveau; il n'a aucune consistance; le malade l'abandonne avec une facilité extrême. Celui de la manie alcoolique, au contraire, a pour origine des hallucinations, un trouble sensoriel qui impressionne vivement le patient, et le délire qui en résulte, est plus tenace, plus résistant que le premier, tout en offrant son inconstance, car il est en relation avec un trouble hallucinatoire mobile et variable; enfin il est loin de présenter le décousu du délire paralytique : il se précise mieux; le malade l'exprime avec un luxe de détails qu'il ne peut puiser que dans les hallucinations qui lui donnent naissance.

Un autre caractère qu'il n'est cependant pas toujours facile d'apprécier et qui n'est pas même constant, réside dans le trouble de la sensibilité morale qui accompagne plus fréquemment et avec plus de netteté la manie ambitieuse alcoolique que la paralysie générale. Dans cette

dernière, ce sont des idées expansives plutôt que des situations morales expansives; le malade émet ses idées de grandeurs qui constituent le fonds du trouble psychique souvent sur le même ton et avec la même modalité que s'il débitait les idées les plus tristes. Dans la manie alcoolique, au contraire, on sent réellement une modification plus profonde de la personnalité; le malade est mieux convaincu et sent plus réellement son état.

Du reste, c'est le fonds de démence, dans lequel réside un des véritables signes différentiels de la paralysie, qui doit faire à peu près tous les frais du diagnostic. Malheureusement, les manifestations extérieures sont loin d'en être toujours caractéristiques, et c'est plutôt l'œil exercé du médecin que des phénomènes bien tranchés qui parviennent à en faire constater la présence.

Toutefois il est une observation que ne manqueront pas de faire tous ceux qui ont étudié avec quelque soin les symptômes de deux affections qui se touchent de si près par leurs manifestations extérieures, c'est la rareté excessive des hallucinations dans la folie paralytique véritable et leur constance presque absolue dans la manie ambitieuse alcoolique. Cependant, des exceptions parfaitement démontrées paraissent être venues dans ces derniers temps, infirmer la valeur de ce signe comme moyen de distinguer ce qui est alcoolique de ce qui est paralytique.

Quoi qu'il en soit, comme cette affection se développe presque toujours sur un fonds d'alcoolisme chronique, ce sont les symptômes de cette intoxication qui fourniront les meilleurs signes diagnostiques, en même temps que les antécédents morbides et les phénomènes d'invasion.

C. *Folies alcooliques chroniques.* — Les folies alcooliques

chroniques forment deux individualités assez distinctes :

1° Le délire des persécutions ;

2° La mégalomanie.

Elles se produisent d'ordinaire comme conséquence des formes aiguës préexistantes ; l'activité se calme, les hallucinations disparaissent et le délire auquel elles ont donné naissance persiste et s'organise ; d'autres fois, on les voit suivre des accès plus ou moins répétés de delirium tremens ou bien elles se développent d'une manière lente et insensible.

1° *Délire des persécutions.* — Le délire des persécutions est une forme assez fréquente de manifestation alcoolique ; il a été décrit par Lasègue, en partie du moins, sous le nom d'alcoolisme subaigu (1).

Marcel en donna la première description et Legrand du Saulle, dans son ouvrage *Sur le délire des persécutions*, en a fait un tableau fort détaillé.

Quand il se développe d'emblée, sa période d'invasion est d'ordinaire de courte durée, et les symptômes prodromiques sont ceux de la plupart des folies alcooliques : irritabilité, céphalalgie, état vertigineux, insomnie, phénomènes congestifs. Le début se manifeste par de l'inquiétude, de l'anxiété et surtout des hallucinations de l'ouïe. Celles-ci sont pour ainsi dire constantes et se présentent sous forme de menaces, de provocations, de reproches adressés au malade ; elles se rapportent tantôt à des faits obscènes et concernant la vie intime du malade : observations au sujet de ses habitudes secrètes ou de l'état de ses parties sexuelles ; il n'a pas de membre viril ; il est impuissant ; c'est un onaniste, un pédé-

(1) LASÈGUE. *De l'alcoolisme subaigu.* (*Archives générales de médecine*, mai et juin 1869.)

raste; il est atteint de maladie vénérienne; c'est un séducteur; un violateur d'enfants; tantôt elles se rapportent à des injures plus générales : assassin, voleur, canaille, mauvais sujet, repris de justice, filou, banqueroutier, etc., etc.

Les hallucinations de la vue peuvent quelquefois, mais rarement, être presque exclusives; d'ordinaire cependant, elles ne sont qu'épisodiques, n'ont qu'une importance secondaire et n'interviennent qu'accessoirement dans la formation du délire; elles offrent la forme ordinaire de celles qui caractérisent le délire alcoolique et sont accompagnées d'un sentiment plus ou moins prononcé de frayeur.

Les hallucinations du goût comme de l'odorat et de la sensibilité générale ne sont pas rares et ont une certaine importance dans l'organisation du délire.

Celui-ci affecte la forme du délire des persécutions et les conceptions délirantes découlent presque toujours de la nature du trouble hallucinatoire. Tel se croit persécuté, poursuivi; on cherche à lui nuire dans l'estime publique; à ternir sa réputation, à le faire passer pour un mauvais sujet; on trame un complot contre lui; tel autre croit qu'on veut l'empoisonner, qu'on lui lance des mauvaises odeurs, qu'on met des saletés dans sa nourriture; un troisième s'imagine qu'on le tourmente par des influences électriques ou magnétiques; que la physique pénètre son corps; qu'on lui lance des secousses; d'autres se plaignent qu'on les vole, qu'on les menace, qu'on leur enlève leur force, qu'on se moque d'eux, qu'on les critique, etc., etc.

Une conception délirante que l'on rencontre fréquemment, surtout au début, dans le délire des persécutions de nature alcoolique, c'est la croyance à l'infidélité conjugale et à la conduite indécente et impudique de l'entourage.

Nous aurons à revenir plus amplement sur ce sujet auquel nous consacrerons un chapitre spécial. Enfin, on voit parfois apparaître quelques idées de grandeurs, surtout au déclin du délire; mais elles restent toujours vagues et disséminées; quand leur importance devient beaucoup plus grande au point de masquer les idées de persécution, elles constituent la forme suivante, la mégalomanie.

Ces malades sont plutôt calmes qu'agités; ce n'est que sous l'influence de l'aggravation hallucinatoire que l'on voit se produire des périodes de réaction pendant lesquelles surviennent de l'inquiétude, de l'angoisse accompagnées d'un peu d'agitation.

Le délire des persécutions alcooliques offre certains caractères qui le distinguent du délire des persécutions ordinaire. C'est d'abord l'étendue et la variabilité des conceptions délirantes qui sont évidemment en rapport avec la nature mobile et changeante des hallucinations. Comme le dit fort bien Legrand du Saule, chez le persécuté ordinaire, le délire se limite; l'ordre d'idées auxquelles il se rapporte est toujours le même pour le même individu; celui que l'on calomnie est toujours calomnié; celui que la police poursuit, songe toujours à fuir la police; il est loin d'en être de même pour le délire alcoolique; là, les impressions sont fugaces, mobiles, incohérentes et souvent se succèdent les unes aux autres avec rapidité, en revêtant un cachet bizarre et même incroyable.

Un second caractère, c'est l'existence fréquente d'hallucinations de la vue, souvent mobiles et changeantes, parfois effrayantes, presque toujours étranges.

L'objet du délire diffère encore dans les deux ordres d'affection; dans le délire ordinaire, les hallucinations por-

tent sur des faits d'ordre intellectuel, sur des abstractions que le malade lui-même est amené à matérialiser; des complots, des machinations, des pièges; dans le trouble alcoolique, au contraire, les hallucinations se rapportent à des faits précis, naturels.

Enfin, la marche du délire est empreinte de ces crises d'angoisses et de frayeurs si fréquentes dans le délire d'origine alcoolique. Celui-ci est, du reste, accompagné de quelques-uns des nombreux symptômes qui constitutent l'alcoolisme chronique, surtout le tremblement et les symptômes d'hyperesthésie ou d'anesthésie.

Observation XLIV. — Le 6 juin au matin, le nommé B..., journalier agricole, âgé de 42 ans, assommait la femme de son maître, laquelle était restée seule à la maison avec son enfant; puis, à l'aide de sa hache, il la massacrait de coups nombreux et s'acharnait encore contre elle avec violence et persistance, bien que le corps ne fût plus qu'un cadavre. Son carnage accompli, on l'entendit s'écrier : « la voilà par terre, la bête, elle m'a déjà assez poursuivi en chat, en chien, en porc. Maintenant j'ai abattu et tué Satan; elle ne m'a pas apparu en être humain, mais en chat noir. »

Le patient avait vécu en bonne intelligence avec celle qu'il venait d'assassiner et il aimait beaucoup l'enfant qu'il avait tué.

Arrêté et traduit en justice, il affirma avoir accompli une œuvre agréable à Dieu en terrassant ainsi Satan qui le poursuivait déjà depuis si longtemps.

La folie est héréditaire dans la famille de B...; son éducation a été fort négligée; dès sa jeunesse, il se montrait superstitieux et enclin aux idées mystiques. De 19 à 21 ans, il fut en proie à des accès épileptiformes. Peu après s'être

marié en secondes noces, il éprouva des revers et s'adonna aux excès alcooliques. Depuis lors, sa manière d'être se modifia profondément. Il devint sombre, chagrin, morose, irritable, colérique et perdit le goût du travail. Depuis une année, il était en général excité, courait de côté et d'autre sans but, divaguait et se croyait poursuivi par les libres-penseurs, les mauvais esprits, par Satan sous forme d'un chat, d'un chien ou d'un porc. Cet état maladif ne fit qu'augmenter jusqu'au 1er juin; il s'imaginait être constamment menacé par Satan qui, la figure noircie, l'enlaçait avec ses pieds. Armé d'une hâche et en proie à un état de vive excitation, il parcourait la montagne et menaçait, les yeux hagards, tous ceux qu'il rencontrait.

Le 5 juin, il rentra le soir au logis, passa la nuit à prier à haute voix, appela Dieu à son secours pour combattre Satan, prit l'ombre qui se reflétait sur le mur pour le diable lui-même et s'aspergea d'eau bénite. Le matin à 7 heures, il vit Satan s'élancer de tout côté sur lui, même sous la forme des assistants; il se démenait comme un possédé et s'écriait sans discontinuer : arrière Satan. C'est ainsi que la maitresse de la maison et son enfant devinrent l'objet de ses aberrations mentales.

B... raconte comment, le soir avant le crime, il avait pu remarquer distinctement de quelle manière Satan s'était introduit dans le corps de l'enfant tué; il avait reconnu ce fait à la figure de l'enfant qui, d'abord rouge et blanche, était devenue tout à coup complètement noire. La nuit se passa dans une frayeur des plus violentes, et des visions démoniaques apparurent au patient. Le lendemain, il rencontre la femme et l'enfant au seuil de la maison. Il s'en approche et s'écrie : « tu es Satan »; il s'en saisit aussitôt et

la terrassa avec sa hache. Je savais, à la vérité, que c'étaient là la femme et l'enfant du maître de la maison, mais je savais aussi que tous deux étaient réellement Satan, car femme et enfant étaient la veille devenus complètement noirs. Je n'aurais pu assommer Satan sans assommer en même temps la femme et son enfant, vu qu'ils s'y trouvaient renfermés. Je ne regrette pas mon acte, car j'ai tué des serviteurs de Satan.

Pendant son incarcération, apparaissent des hallucinations nocturnes; il considère son crime comme un acte agréable à Dieu. Sa conversation est logique et en admettant ses prémisses, les déductions qu'il en tire sont conséquentes et bien raisonnées; il prend la bible pour témoin de la bonté de sa conduite. Il ne s'excite que quand on lui parle de ses conceptions délirantes. Acquitté, on le colloque. Le trouble hallucinatoire persiste au début; il le considère comme une grâce de Dieu; il tombe insensiblement en démence et meurt de pneumonie.

L'autopsie fait constater une pachyméningite interne hémorragique avec épaississement et opacité des méninges (1).

Observation XLV. — Délire des persécutions alcoolique; forme subaiguë.

G..., 48 ans, officier, d'une famille bien portante, souffre depuis 1877, par intervalle de céphalalgie, de vomissements, d'anorexie; l'humeur et le caractère sont mal disposés; il éprouve des inquiétudes et des anxiétés. Il fait la campagne de Bosnie, boit beaucoup et tombe malade le 25 août, à la suite d'excès alcooliques faits pendant de grandes chaleurs et des marches excessives. Il perd le sommeil, devient inquiet, ne sait plus rester tranquille, entend qu'on

(1) KRAFFT-EBING. *Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie*, 2e édit., p. 184.

crie son nom; on dit qu'il ne doit plus manger, que tout est empoisonné, qu'un complot est tramé contre sa vie. Le 3 octobre, on l'admet à l'hôpital; la nutrition est mauvaise; le malade est amaigri et souffre de catarrhe gastrique et bronchique; le foie est hypertrophié.

Le patient a des tendances aux congestions; il ne dort pas; ses mains tremblent; il est inquiet, excité; le chloral ne produit que peu de sommeil; il entend constamment des voix; on trame contre lui un complot, il se tient sur ses gardes contre des ennemis invisibles.

Pendant la nuit du 5, après absorption d'une forte quantité d'alcool, il est plus fortement excité; il entend dire qu'il est un brigand, un meurtrier; qu'on le fusillera et l'enfermera dans la chambre des morts. Il voit le diable, des madones, éprouve des vertiges; voit le plafond trembler et menacer de s'écrouler; tout tourne avec lui et autour de lui; il entend des bruits confus.

Le patient est continuellement inquiet, anxieux; il ne dort pas. Il entend proclamer que sa condamnation à mort se trouve dans le journal; qu'il est père de l'enfant d'une duchesse, que l'empereur arrivera; qu'il prépare sa réception; la tête lui fait mal; il se trouve étourdi, confus, troublé, incapable de penser.

A la fin d'octobre, il commence à goûter un peu de sommeil, mais la situation ne tarde pas à s'aggraver de nouveau. Il entend encore une fois des bruits confus; des voix qui lui disent qu'il est condamné à mort; des gens entourent sa chambre; on veut le fusiller, l'empoisonner; le chef est là, appelez-le comme témoin; la populace entoure déjà la maison; deux juifs sont postés à l'entrée pour l'assassiner; la potence est élevée et son nom y est déjà inscrit.

Ainsi se passe le mois de novembre; le 29, le patient entre à l'asile; il est en état de rémission, tranquille et rangé, mais méfiant, craintif, réservé et laisse comprendre cette idée qu'on a voulu pendant le voyage l'empoisonner avec des vapeurs.

Il est difficile d'obtenir davantage de lui; mais quand on l'observe, on remarque que, dès qu'il est seul, il se met à la fenêtre, se frotte les mains, souffle devant lui comme s'il voulait éloigner des vapeurs. Parfois il ne touche pas à sa nourriture.

Le patient est de taille moyenne, assez fort; il y a tendance aux congestions; les mains tremblent; catarrhe bronchique; pouls ralenti; foie hypertrophié.

Le 5 janvier 1879, le patient sort de sa réserve ordinaire et se plaint vivement de mauvaises odeurs, qui depuis quatorze jours se dégagent des ouvertures du plancher. Il ferme ces ouvertures, matelasse les bouches de ventilation, percute les murailles; en rencontrant des places vides, soupçonne qu'elles contiennent des conduits spéciaux, vu qu'il en entend sortir des choses tantôt agréables, tantôt désagréables. Des sensations hyperesthésiques ou paresthésiques dans les extrémités inférieures lui font soupçonner des influences électriques.

Des injections morphinées font disparaître les hallucinations, mais le 18, celles-ci reparaissent; il entend des voix nombreuses, perçoit des odeurs et des influences électriques; il en est inquiet et excité. Il entend crier son nom; on crie Terevis, ce qui veut dire : *pereat vita;* les ouvertures des planchers dégagent des odeurs étourdissantes; il existe dans les parois des communications cachées, car il entend des pas; il doit y avoir des fils et des machines élec-

triques, car il éprouve des tiraillements et des faiblesses.

Le 7 février, le trouble hallucinatoire cesse complètement; le patient devient presque tout à coup lucide; se rend compte de son état morbide et s'en rappelle toutes les particularités; le sommeil est bon et les troubles organiques s'affaiblissent; il sort guéri le 27 mars (1).

Observation XLVI. — Wilz, 36 ans, marié, exerçant la profession de vétérinaire, entre à l'asile le 25 octobre 1876; le père est mort aliéné, la sœur est atteinte de folie. Le patient n'offre rien d'anormal en dehors d'un caractère passionné et colérique. Il a fait de grands excès de boissons. Son affection actuelle date de 1873. Il souffrait à cette époque de vertiges, de céphalalgie, d'insomnie, de catarrhe stomacal. Il commença par remarquer que le monde le regardait d'une manière méprisante et dédaigneuse, crachait en passant devant lui et le prenait pour un espion de la police. Entendant un jour tenir ce propos par un particulier, il lui adressa une violente injure et fut puni d'arrêt. Depuis cette époque, ses voix redoublèrent; il remarqua que les étrangers entendaient ce qu'il lisait et comprenaient ce qu'il écrivait en secret; il se plaignit alors de ne plus avoir la liberté de sa pensée.

A partir de juillet 1876, les hallucinations devinrent plus nombreuses et plus intenses et s'accompagnèrent d'un délire des persécutions des mieux caractérisés. Il entend au-dessus de lui des individus apostés et qui le poursuivent de toutes les façons; on lui lance, par des moyens télescopiques, les accusations les plus infâmes; on l'appelle voleur, vaurien, candidat au crime, tueur d'enfant, etc., etc.! Ces individus apostés, dont il reconnaît plusieurs, mais

(1) KRAFFT-EBING. *Lehrbuch der Psychiatrie;* (observ. 145).

qu'il ne parvient pas à voir, produisent des bruits, des sifflements aux oreilles, lui occasionnent des lançures et des chatouillements dans les extrémités inférieures, de même que des manifestations lumineuses; ils lui disent qu'ils pousseront leur jeu si loin jusqu'à ce qu'ils en aient fait un cadavre. Le patient essaie de se soustraire à ces persécutions par de nombreux changements de résidence; répond aux injures par des injures; il fait une longue notice de ses aventures télescopiques avec les affidés, notice qu'il conserve soigneusement pour se défendre.

Quand les hallucinations deviennent très actives, il se produit des réactions émotives avec anxiété et angoisse : c'est ainsi qu'il raconte qu'à l'entrée d'une ville où les affidés l'injurièrent et l'appelèrent onaniste, bien qu'il fût certain de ne s'être jamais livré à ce vice honteux, des officiers le poursuivirent, le sabre au clair, et qu'il ne dut son salut qu'à la fuite.

Il se plaignit à la justice, se prépara en secret des médicaments pour se garer des affidés, couvrit la fenêtre de papier pour les empêcher de regarder dans sa chambre; se gendarma contre eux dans le vide avec un couteau.

Au moment de son admission, le patient est un homme robuste, sans caractères de dégénérescence; l'estomac offre un catarrhe chronique; le foie est engorgé; les mains tremblent légèrement. Le patient prend l'asile pour un tribunal et l'entourage pour des juges. Il se croit cité en justice à cause de dénonciations que les affidés ont faites sur son compte. Il est heureux de provoquer la lumière; il présentera sa défense et sera entièrement justifié. Les hallucinations persistent avec leur fonds habituel. Il fit encore la découverte que l'on empoisonnait ses boissons, car elles

avaient un goût exécrable et une apparence bleuâtre. Il se plaint de souffles à l'aide desquels on l'empêche de dormir pendant la nuit. Le patient est tranquille, calme et sans réaction émotionnelle; il se contente de prendre des notes pour sa défense et de marquer, jour par jour, les voix de ses persécuteurs pour les faire servir à sa défense au moment de l'enquête, qu'il croit proche. Ce n'est que par intervalle qu'apparaissent en même temps que les hallucinations s'accroissent, des épisodes d'angoisses et d'anxiété avec excitation et moments de colère. Cependant la situation tend à devenir stationnaire, le malade est de plus en plus indifférent et tend vers l'incurabilité (1).

2me *Forme. — Délire de jalousie.* — Il est une seconde forme de délire des persécutions qui n'a peut-être pas avec l'alcoolisme des rapports aussi intimes que celles dont nous venons de donner la description, mais qui se développe cependant fréquemment sur un fonds d'alcoolisme chronique, ou du moins chez des personnes qui ont depuis longtemps fait des excès alcooliques.

Ce délire est celui que l'on pourrait appeler : délire de jalousie.

Il est peut-être plus fréquent qu'on ne le pense et n'a pas jusqu'ici suffisamment attiré l'attention. Déjà la démence alcoolique nous a montré quelques idées de cette nature se développant fréquemment pendant la période d'affaiblissement moral; les malades ont des soupçons injustes et souvent ridicules au sujet de la fidélité de leur femme; ils l'accusent, sans aucun motif plausible, d'entretenir des relations criminelles avec des personnes qu'ils désignent; et des disputes de ménages, des violences, des menaces et

(1) KRAFFT-EBING. *Lehrbuch der Psychiatrie* (obs. 146.)

des meurtres mêmes, peuvent être la conséquence de ces idées délirantes qui ont cependant d'autant moins de réalité qu'elles sont moins isolées et que les autres symptômes concomitants viennent davantage en démontrer l'absurdité et l'état maladif.

C'est ainsi que Marandon de Montyel avait déjà écrit dans la livraison de novembre 1878, des *Annales médico-psychologiques*, p. 412 : « Il est une particularité assez curieuse de l'histoire de l'alcoolisme qui est aujourd'hui parfaitement établie, bien qu'il soit assez difficile de l'expliquer : je veux parler des conceptions délirantes de jalousie qui naissent en l'absence de tout phénomène hallucinatoire, chez des individus intoxiqués par les liqueurs fortes. On les voit sans raison, alors que leurs femmes sont d'une moralité éprouvée et reconnue pour telle par tout le monde, se convaincre qu'ils sont trompés et conformer leur conduite à cette idée maladive. »

Ces idées arrivent souvent comme de simples épisodes délirants au milieu d'un cortège de symptômes alcooliques évidents, et il est alors difficile de ne pas les apprécier à leur juste valeur. D'autres fois, le délire de jalousie reste beaucoup plus exclusif, ne porte pour ainsi dire que sur les rapports conjugaux ; les hallucinations peuvent faire complètement défaut. D'autres fois encore, elles viennent fortifier le malade dans ses convictions délirantes et déterminent souvent des actes de violence. L'excessive importance médico-légale de cette question trop peu étudiée nous engage à rapporter les observations très intéressantes qui vont suivre.

Observation XLVII. — Le 19 octobre 1877, vers 7 1/2 h. du soir, l'abbé X... rentrait chez lui lorsqu'un individu lui

tira, par derrière, un coup de feu et s'enfuit aussitôt. Le nommé F..., qui avait autrefois adressé à l'abbé X..., des lettres de menace et des accusations d'adultère, fut soupçonné et arrêté; il nia d'abord et convint ensuite être l'auteur de la tentative d'assassinat de l'abbé qu'il avait prévenu par lettre, à qui il avait à reprocher d'avoir eu des relations avec sa femme et dont il avait réclamé 10,000 francs de dommages-intérêts.

F... est âgé de 38 ans; c'est un homme de taille moyenne, de constitution délicate et débile; on lui donnerait volontiers 45 ans. La physionomie est celle d'un homme habitué et résigné à la souffrance, bien qu'un sourire un peu niais et comme stéréotypé ne quitte guère son visage; son regard est triste et manque de vivacité; il est convenable envers tout le monde et facile à conduire; il ne se plaint jamais de rien; il ne se préoccupe pas des conséquences que son affaire peut avoir pour lui; ses nuits sont calmes et occupées par le sommeil. On n'a remarqué chez lui que l'habitude de sourire à tout le monde et une grande facilité à confier ses malheurs conjugaux, réels ou imaginaires, à n'importe qui cherche à le faire parler. Il prête une attention soutenue et répond sans hésitation; la mémoire des dates seule est un peu confuse; un de ses frères est mort maniaque avec des idées de persécution, dans un asile d'aliénés.

F... s'est marié deux fois et c'est le second mariage que l'abbé n'a pas craint de déconseiller, à cause des habitudes d'ivrognerie de l'intéressé. C'est avec sa seconde femme que F... accuse l'abbé d'entretenir des relations adultères. Voici en abrégé comment F... fait lui-même l'historique de son délire : entendant un soir sa femme se quereller avec sa mère, il demanda la raison de cette dispute, et sa femme

ayant répondu « ce n'est rien » cela lui donna l'éveil et il se mit à espionner. Alors il l'entendit, un autre soir, dire tout bas : « oui, je le ferai, non je ne le ferai pas ; » puis il vit sa mère et sa femme devenir gaies ; il leur arrivait de rire en se cachant la figure. Quand sa femme sortait le soir pour aller au cabinet, elle courait rapidement. Un soir, il l'entendit dans les escaliers dire à sa belle-mère : « es-tu contente maintenant, » et celle-là répondre : « il y a longtemps que, si j'avais su cela, j'y serais allée. » « Et l'endroit ? » « Il ne le saura jamais. » Un autre jour sa belle-mère lui dit : « A-t-il compris ? » Et comme ma femme voyait que je prêtais attention, elle s'empressa de dire : psitt, psitt ! !. Puis une autre fois il entendit sa belle-mère dire à sa fille : « il est huit heures ; il y est, tu peux y aller ; » et comme j'avais l'air gai, ma femme répondit aussitôt « voilà qu'il s'aperçoit de quelque chose. » Et le samedi suivant, sa belle-mère s'écria encore : « s'il veut s'arrêter, nous nous arrêterons, s'il veut persister, nous devrons le suivre. » Il entendait à chaque moment sa mère se demander : « s'il voulait s'arrêter oui ou non, » qu'elle aurait bien voulu que tout cela s'arrêtât, mais qu'il ne voulait pas quitter et qu'il fallait bien qu'elle allât sous ses ordres.

De tout cela, F... a compris que sa femme le trompait d'autant plus qu'elle voulait encore mettre des cochonneries dans son manger pour se débarrasser de lui ; tantôt c'était de la benzine, tantôt des mouches ou des araignées qu'on introduisait dans sa soupe.

Plus tard, ayant entendu sa femme s'écrier : ah ! J... faut-il que ce soit toi qui aies perdu mon ménage ! et ayant appris que le curé de la paroisse s'appelait J..., il s'est bien vite convaincu que c'était là celui qui commettait

l'adultère avec sa femme. Il l'entendit encore répéter : « En voilà un qui passe, qui fait comme moi, et l'on n'en saura jamais rien. Tu as beau faire, où je fais mes affaires, tu n'en sauras jamais rien. » « Il y était, il n'y était pas, » « non il n'est pas venu au rendez-vous. »

Convaincu de son fait, il va espionner à la sacristie et il voit sa femme et l'abbé couchés dans la sacristie; il les voit réellement, car une lampe éclaire la place.

Alors le trouble hallucinatoire augmente; les idées d'empoisonnement deviennent plus prononcées; F... entend dire : « mets lui cela de nouveau dans la soupe et ce sera fini; » M. le curé m'a dit qu'il te remarierait de nouveau dans un an; mais quel effet cela fera-t-il? Il aura des coliques, dormira et ne se réveillera plus. » Puis plus tard : « As-tu mis l'affaire? J'en ai jeté la moitié. » C'est faible, la moitié suffira; je ne veux seulement que l'affaiblir. Mais comme il jetait chaque fois son manger ainsi empoisonné, sa femme eut recours à d'autres moyens; elle se procura un poignard et il l'entendit dire : « faut-il que ce soit sa mère qui assassine cet homme dans son lit? il va venir deux hommes pour l'assassiner. »

Puis il voit des horreurs, des atrocités sans nom. « Je ressentais des coups au cœur lorsqu'il lui passait un bâton par la matrice et qu'il lui frappait le cœur; je me mettais sur le passage de ma femme; elle était toujours en larmes, elle avait les yeux gros, elle était malade; je ressentais comme si on m'arrachait les entrailles; il lui travaillait par la nature avec ses mains avec des lames tranchantes; il lui avait cassé l'os de la matrice; je crois même qu'il lui arrachait des choses dedans le ventre et qu'il les mangeait. » Puis l'un et l'autre ont voulu coucher avec elle; elle est devenu femme publique.

Alors F... quitte sa femme et le domicile conjugal et cherche ailleurs un repos qu'il ne peut trouver chez lui; on le blague partout; on l'appelle le curé, le toqué; il a des misères, et quand il en a, c'est l'abbé qu'il accuse le plus.

Petit à petit, F... tombe dans la misère, puis dans le désespoir; il était tracassé, persécuté; il se fait alors tracassier et persécuteur; il commence par demander 10,000 fr. de dommage-intérêts au curé, va jeter des pierres dans ses carreaux et écrit pour le menacer de mort. Mais comme l'abbé ne veut pas céder, il ne reste à F... que deux partis à prendre: se jeter à l'eau ou commettre un crime. « Je voyais un homme qui me persécutait; je me décidai; je l'avais prévenu, tant pis pour lui; à lui à en supporter les conséquences. Il fallait que je fasse cela; cela me minait comme un ver rongeur. De là, le crime. »

F... est buveur; il buvait du cidre, du vin et un coup de cognac, quand il était tourmenté; il avait des pituites. Les auteurs du rapport n'hésitent pas à attribuer à l'intoxication alcoolique qui s'établissait lentement, les hallucinations qui viennent assaillir le malade; ils ont d'autant plus de raison d'avoir cette pensée, qu'en général quand F... a ses pituites, le trouble sensoriel augmente d'activité (1).

Observation XLVIII. — Luick, 56 ans, maçon, est admis à l'asile de Stephansfeld, le 21 juillet 1874. Sa sœur est aliénée; lui-même est marié, a six enfants et jouit de la réputation d'un homme honorable. Cependant il buvait assez bien, était assez souvent ivre, surtout dans ces derniers temps, et une fois même, à la suite de quelque résistance

(1) C. Bidault, Fortin et Broc. *Rapport médico-légal sur l'état mental de F..., atteint de délire des persécutions d'origine alcoolique.* (*Annales médico-pychologiques*, mai 1880. Résumé par l'auteur).

opposée par sa femme, il la maltraita, cassa la vaisselle et jeta la viande à la rue. Il était naturellement vif, irritable et porté à la violence.

Ce n'est que vers la septième année de son mariage qu'il commença à soupçonner sa femme de lui être infidèle ; ce fut la naissance de son deuxième enfant, dont la chevelure était noire, qui lui inspira ses premières idées de méfiance ; il voulut amener sa femme à lui avouer ses torts. A chaque nouvelle grossesse, ces idées reparurent et ne firent que s'accroître par la suite. Aucun des aides-maçons qui fréquentaient sa maison n'était exempt de ses soupçons, et plus ils quittaient en grand nombre sa demeure, plus les soupçons de L... devenaient prononcés. Plus tard, ce ne furent plus seulement les intimes, mais même les étrangers, les premiers venus qui devinrent l'objet de ses soupçons. Dès lors, il espionna et maltraita sa femme, menaça et violenta ceux qu'il supposait être ses amants. Un jour, il cassa une épée sur le dos de sa femme ; un autre jour, il voulut poignarder un maçon ; une autre fois encore, il menaça d'un coup de couteau un maître maçon s'il ne voulait avouer le forfait qu'il lui reprochait. Il chargeait ses aides de suivre sa femme pour l'espionner. En même temps le patient négligeait sa besogne, devenait un hôte assidu du cabaret, buvait chaque jour davantage et, après bien des déboires conjugaux, finit par être colloqué.

A son entrée à l'asile, on constate chez lui une bonne santé physique ; le côté droit de la face semble légèrement affaibli, la langue est plutôt déviée vers la droite ; l'appareil sensoriel est intact ; pas d'athérome artériel ; on constate un léger tremblement des doigts ; les muscles des lèvres tremblent au moment de la parole.

Le malade se plaint vivement de la conduite de sa femme et s'emporte en accusations contre elle : deux années à peine après le mariage, elle l'aurait déjà trompé; elle se donnerait au premier venu et aurait déjà eu des relations avec tout le monde. Il cite les faits qui donnent raison à ses appréciations, allègue des dates exactes, indique les personnes avec noms et prénoms, connaît les témoins et donne ainsi à ses récits toutes les apparences de la vérité. Il est vrai qu'il n'a jamais absolument rien vu par lui-même des faits monstrueux qu'il reproche à sa femme; seulement il a pu remarquer les préliminaires et la suite des actes; il a vu, entendu et observé des particularités dont la coïncidence avec les faits était si concluante et si manifeste qu'il s'étonne qu'on puisse seulement mettre ses affirmations en doute. Il affirme ne pas être aliéné et a même une très haute opinion de ses capacités intellectuelles et morales. Il ne nie pas avoir usé des boissons alcooliques, mais affirme n'en jamais avoir abusé ; il souffre de douleurs lancinantes dans les membres.

L'inquiétude qui se remarquait dans sa manière d'être, le tremblement des membres, l'état d'hébétude de son facies diminuèrent peu à peu; le sommeil, d'abord troublé, redevint normal; le malade s'accoutuma aux habitudes de l'établissement, lia connaissance avec ses camarades, fut serviable, obséquieux même à l'égard du personnel médical, tout en faisant, sous-main, son possible pour parvenir à quitter l'asile. Il n'existait, du reste, chez lui, en dehors du délire de jalousie, aucun phénomène anormal; les hallucinations faisaient défaut. Il est vrai que l'intelligence semblait peu développée et le malade peu perspicace; mais l'on ne parvint à constater ni perte de mémoire, ni affaiblisse-

ment des facultés. Du reste, l'inanité de ses idées de jalousie finit par être reconnue et elle était d'autant plus manifeste que sa femme était une personne déjà décrépite et d'une honorabilité parfaitement établie. Son fils rapporte que son père lui a démontré que sa mère pouvait se rendre invisible.

Il fut déclaré aliéné (1).

Observation XLIX. — T..., 36 ans, serrurier, marié depuis neuf ans et père de deux enfants, dont l'un mourut de convulsions, n'offre aucune prédisposition héréditaire aux affections cérébrales; n'a fait qu'un typhus en 1864. Depuis sa jeunesse déjà, il s'adonne fortement aux boissons alcooliques. Le mariage ne fut guère heureux, et depuis longtemps T... soupçonne sa femme d'infidélité, bien qu'il n'ait aucune raison plausible, et va jusqu'à la maltraiter. En 1868 et 1876, on le punit d'emprisonnement pour violence. Dans ces derniers temps, il s'adonne de plus en plus aux excès de boissons, néglige son travail et malmène son épouse; il devient irritable, brutal et commence à offrir des symptômes d'alcoolisme chronique.

En novembre 1876, il eut une violente discussion avec sa femme, parce que celle-ci manifestait le désir d'obtenir la séparation; il entra en fureur, commit sur sa femme des actes de violence qui mirent ses jours en danger, fut arrêté, mais ne conserva pas le moindre souvenir de cet acte posé évidemment dans une période d'excitation maladive. En prison, le chagrin de voir sa femme poursuivre l'action en divorce, amena une nouvelle crise furieuse pendant laquelle il se donna un coup de couteau dans le côté gauche; et ici

(1) SCHAEFER. *Uber zwei Fälle bemerskenwerthen form der alkoholischen Wahnsinns* (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, vol. 35, p. 219. Traduit et résumé par l'auteur).

encore, le souvenir de cet acte de violence fut excessivement restreint.

Quelle était sa situation mentale?

Le rapport médico-légal établit chez lui l'existence d'un affaiblissement intellectuel et moral, d'une irritabilité excessive, d'une grande émotivité et d'un délire de jalousie que rien ne pouvait justifier, de tremblement, d'insomnie, de réveils en sursaut, d'inquiétudes et de catarrhe stomacal. En présence de cet état d'alcoolisme chronique, le rapport conclut à l'irresponsabilité et il n'y eut pas de condamnation.

Mais déjà le 6 décembre 1879, la justice eut de nouveau à s'occuper de lui; dans un moment de vive surexcitation, il avait fait à sa femme des menaces de mort, donnant toujours pour cause ses dissensions avec elle; ce serait une Xantippe; le dimanche et les jours de fête, il n'y a pas moyen de tenir ménage avec elle (ce sont les jours où il est le plus profondément enivré); sa femme ne lui serait pas restée fidèle; elle aurait déjà trompé son premier mari qu'elle aurait, par sa conduite, poussé au tombeau. Ce serait le chagrin occasionné par l'inconduite de sa femme qui serait la cause de ses excès de boissons. Il n'a pas de preuves positives de ses déréglements, mais il ne peut qu'en être convaincu quand il considère l'usage qu'elle fait de son argent et la longue durée de ses absences, chaque fois qu'elle sort pour faire une commission. Sa conduite avec les hommes est beaucoup trop libre et elle leur fait des œillades dès qu'ils entrent dans la maison; telles sont les réponses qu'il fait aux questions qu'on lui adresse.

Et sa femme est une personne décrépite, de 47 ans, jouissant du reste d'une excellente réputation. On plaça T...

dans un asile d'aliénés, mais sa femme finit par se laisser convaincre et le reprit chez elle. Il resta calme et se conduisit bien pendant quelques mois; puis recommença son ancienne conduite qui consistait à boire et à maltraiter sa femme. Un beau jour, il lui fracassa la tête et essaya d'en finir avec la vie en se donnant un coup de couteau dans le ventre. On parvint à le sauver et il fut définitivement colloqué. Il présente une dégénérescence morale déjà très avancée et n'offre qu'un bien faible repentir de l'acte horrible qu'il a commis (1).

Observation L. — B..., 31 ans, a un père et un frère aliéné; lui-même a l'intelligence peu développée; est bonasse, affairé, et ne supporte aucunement l'alcool. Il se marie en 1871; mais le mariage n'est pas heureux, et le patient s'adonne à la boisson. Bientôt apparaissent de la céphalalgie, des vertiges, des vomissements pituiteux, du tremblement, des bourdonnements d'oreilles, de l'insomnie et des dérangements gastriques. Le malade devient irritable, insupportable et commence par faire à sa femme des reproches d'infidélité conjugale. Il remarque que sa femme échange avec un garçon boucher des regards amoureux, qu'elle court après lui et néglige la besogne du ménage. Plus tard, il soupçonna qu'elle laissait coucher son concurrent dans son lit, prétendant qu'il l'avait plusieurs fois vu faire le guet; il le poursuivit et soutint l'avoir vu fuir à travers la forêt.

Il fut démontré que ses affirmations n'étaient que des illusions et du délire.

Pendant la nuit du 20 mars, l'on remarqua que B... était

(1) KRAFFT-EBING. *Lehrbuch der Gerichtlichen Psychopathologie; Beob.*, 54, p. 175. Traduit par l'auteur.

très inquiet; il se leva et alla espionner son adversaire.

Le 21 au matin, il était persuadé que celui-ci avait occupé sa place dans le lit conjugal; et quand il eut aperçu quelques traces blanches de mucus, il fut convaincu de son fait. Dès lors, il resta fort excité, semblant ruminer un mauvais coup, jusqu'au 26, jour auquel il disparut en prononçant ces mots : je reviendrai ce soir et alors tout ira bien.

Pendant la nuit du 26, il espionna celui qu'il croyait lui avoir ravi son honneur, et dès qu'il le vit ouvrir la porte, il lui envoya un coup de fusil, cacha l'arme et revint tout troublé à la maison, disant à sa femme : « tu vas voir, j'ai fait quelque chose de fameux. » Ruminant en lui-même et quelque peu égaré, il se rendit à la campagne, et quand l'après-midi, en rentrant, il vit venir les gendarmes, il alla audevant d'eux, avoua son crime, mais prétendit qu'il s'était borné à vouloir effrayer l'individu. Quand il apprit que celui-ci était mort, il s'écria : « dans ce cas, je vais être pendu; mais c'est égal; je n'étais plus tranquille; la tête m'était trop drôle tant que j'ai su que l'individu était là.

Il se sépara avec froideur de sa femme, lui disant : « c'est ta faute : tu m'as conduit si loin. »

Pendant son interrogatoire, il avoua son crime, mais en maintint fortement les motifs délirants. Il est sombre, déprimé, se plaint de céphalalgie, vertiges, bourdonnements d'oreilles, insomnie; souvent il voit celui qu'il a assassiné entrer par la fenêtre; d'autres fois, ce sont de petites bêtes ou de petits hommes qui courent sur la muraille; le plancher vacille sous ses pas. Il existe en outre du tremblement des mains et de la langue, un catarrhe stomacal, des vomissements et de la constipation; le maintien est incertain. La nutrition est mauvaise; les pupilles inégales.

Le patient se trouve constamment dans des dispositions morales dépressives; se plaint d'anxiété précordiale; il n'abandonne en rien ses idées délirantes; il qualifie le crime qu'il a commis de malheur qu'il lui eut été impossible d'éloigner.

Pendant l'année 1875, la plupart des symptômes de l'alcoolisme chronique se dissipèrent; depuis le commencement de février, l'on ne constata plus la moindre hallucination; le délire de jalousie disparut ensuite pour faire place à un état de raison parfaite (1).

Les différentes observations que nous venons de rapporter caractérisent d'une manière nette et précise cette forme de délire de jalousie d'origine alcoolique, qui peut constituer une forme presque exclusive, comme le montre les observations XLIX et L. Ce sont les cas de cette nature qui seuls peuvent offrir quelques difficultés médico-légales. Cependant nous croyons positivement que ces difficultés ne sauraient résider que dans le diagnostic de l'affection; car une fois celle-ci bien constatée, l'irresponsabilité doit en être la conséquence. Si des exemples d'une pratique contraire ont pu être rapportés, ce n'est pas dans l'appréciation théorique de l'imputabilité que se trouvait la divergence d'opinions, mais dans le fait en lui-même, le tribunal n'ayant pas considéré l'inculpé comme aliéné. Tel est le cas rapporté par Marandon de Montyel (2). Cet accusé, s'enivrant très fréquemment, se croyait trompé par sa femme; la conduite de celle-ci n'avait jamais donné lieu au moindre soupçon; elle avait auprès de tous une solide réputation

(1) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie.* (Observ. 130; traduit par l'auteur.)

(2) *Annales médico-psychologiques;* 1878, p. 413.

d'honnêteté; le mari la surveillait en vain, et pourtant il était de plus en plus convaincu d'être la risée du quartier. Un soir, de retour du cabaret, il trouva, causant avec sa femme, près du feu, un ami qu'il venait de quitter et qui s'était arrêté chez lui. Nul doute, se dit-il, voici mon rival, et il s'élança sur lui. Une lutte terrible s'engagea, et le mari, plus vigoureux, fit passer par la fenêtre l'infortuné visiteur qui se fractura le crâne en tombant et succomba quelques heures après.

L'agresseur fut condamné par la cour de Rennes, à six ans de reclusion. Il nous semble qu'un rapport médico-légal bien fait fut parvenu à établir l'état de folie du malheureux alcoolisé. Ces constatations ne sont, du reste, pas bien difficiles et là même où les hallucinations ne sont pas évidentes, les idées de jalousie de ces malades offrent tous les caractères d'un délire réel.

Délire mégalomaniaque alcoolique. — Cette forme de délire chronique est beaucoup plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer; c'est d'ordinaire un délire des persécutions, à forme chronique, mais où les idées de persécutions sont presque complètement effacées ou rejetées dans l'ombre par des conceptions ambitieuses.

Les observations suivantes en donnent quelques exemples.

Observation LI. — T. H..., âgé de 44 ans, n'offre aucun antécédent héréditaire; il est assez mal doué au point de vue intellectuel, et son caractère est vain et orgueilleux. De mauvaises affaires le forcèrent à abandonner l'établissement qu'il gérait et à se faire ouvrier. Depuis lors, il s'adonna aux excès alcooliques, sans toutefois jamais avoir de delirium tremens. A la suite d'une fièvre gastrique, il devint méfiant et soupçonneux à l'égard de sa femme, avec laquelle

il avait jusqu'alors vécu en bonne intelligence. Il commença à craindre qu'on en voulait à sa vie; il entendait pendant la nuit du vacarme devant sa maison et des voix nombreuses qui le menaçaient, lui lançaient des injures, des calomnies, l'accusaient de rapports contre nature avec une chèvre. Au milieu de cette situation, il en arriva à former des projets de suicide. Au moment de son admission à l'établissement, il présente les symptômes suivants : figure amaigrie; facies rougi; les artères frontales sont rigides; la pupille droite est plus dilatée que la gauche; le côté gauche de la figure est affaissé; les muscles de la face tremblent au moment de l'articulation de la parole. En dehors de là, la parole est nette; les mouvements de la langue sont libres; les battements du cœur sont faibles, mais nets; il se plaint de pesanteur frontale et d'insomnie. Il n'y a pas d'autre lésion organique. Tout en protestant contre la mesure qui le retient colloqué, il dévoile cependant une persécution dont il serait l'objet déjà depuis longtemps : il prétend qu'il est poursuivi par des voix qui le menacent; d'abord, c'était un chat qui était constamment dans son chemin; puis c'étaient des coups de fusils qu'on avait tirés sur lui, car il avait entendu dire : « ces coups te sont destinés. »

Dans ces derniers temps, son ouïe serait devenue beaucoup plus impressionnable; il entend d'abord des voix derrière la porte, qui disent qu'il doit mourir; actuellement ces voix sont continues; tantôt c'est celle de sa femme qui lui crie qu'il est devenu un cheval, et alors il éprouve une odeur de cheval; tantôt c'est celle de Dieu, et alors il ressent dans la bouche le goût de l'hostie. La voix de Dieu le renseigne sur tout son passé, notamment sur ce fait : que sa femme l'aurait déjà poursuivi, dans sa jeunesse,

sous forme d'un chat ; qu'elle se serait donnée à un chien qui devint plus tard diable, qu'elle aurait un morceau du diable dans son corps et qu'elle aurait ainsi acquis un pouvoir sur sa puissance génératrice. Sa femme serait l'impératrice, l'empereur du diable. La voix de Dieu lui dit encore que la religion est en conflit ; qu'il sera choisi comme grand arbitre du différend, qu'il deviendra empereur d'Allemagne. Parfois il entend dans son ventre une demi-douzaine de voix, les lois des différentes religions, etc., etc. ; parfois il voit la figure d'un assistant se transformer en celle de l'empereur, avec des cornes. Les médecins et les malades connaissent toutes ses pensées. Ses dispositions morales sont plus ou moins expansives ; il est lui-même assez excitable ; il se donne pour l'homme le plus malin de la terre, et dans son orgueil, vit à l'écart de la société au milieu de laquelle il se trouve. Au bout de treize mois de traitement, le malade est abandonné comme incurable (1).

Il nous resterait, pour terminer ce chapitre, à faire la médecine légale de l'alcoolisme psychique ; mais nous n'avons pas cru devoir allonger encore ce mémoire, probablement déjà trop long, par des considérations qui ne nous semblent offrir aucune particularité remarquable.

L'alcoolisme psychique, depuis la plus simple jusqu'à la plus compliquée de ses formes, constitue un état d'aliénation mentale véritable, ne présentant absolument aucune différence avec la folie ordinaire de cause non alcoolique. La seule forme qui affecte une spécificité réelle, le delirium tremens, ne saurait offrir la moindre difficulté ni le

(1) NASSE. *Uber Verfolgunswahnsinn der geistesgestörten Trinker.* (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie ;* Band 34, p. 167 ; traduit par l'auteur).

moindre doute au point de vue médico-légal ; l'irresponsabilité complète est la seule qu'on puisse lui opposer. Les actes de violence et les crimes ne sont pas bien rares dans le délire des buveurs ; nous pourrions en rapporter ici plusieurs exemples qui ne feraient, du reste, que confirmer une règle universellement suivie jusqu'à ce jour et dominée par cette considération que le delirium tremens n'est pas une forme d'ivresse que l'on peut se donner volontairement, mais une folie dont la genèse est indépendante de la volonté humaine et souvent même indépendante, immédiatement au moins, de l'alcool que l'on boit.

CHAPITRE V.

ALCOOLISME HÉRÉDITAIRE.

Les liqueurs alcooliques n'affectent pas seulement l'individu qui en abuse, elles atteignent encore sa descendance et expose celle-ci à des désordres plus au moins graves.

L'ensemble des manifestations pathologiques, ainsi transmises à l'enfant par l'un ou l'autre de ses parents alcoolisés, s'appelle alcoolisme héréditaire.

Malgré les nombreux travaux entrepris sur ce sujet, une certaine obscurité règne encore sur la nature et les phénomènes de cette transmission dont il n'est pas toujours facile d'isoler les différents facteurs. L'hérédité psychopathique et névropathique vient souvent unir ses effets à ceux de l'alcoolisme lui-même et donne alors lieu à des manifestations multiples, variées, au milieu desquelles il est peu aisé, si pas impossible, de suivre celles qui dépendent uniquement de l'alcool.

Une autre cause d'obscurité, c'est que les excès alcooli-

ques ne constituent pas toujours l'alcoolisme et que, d'un autre côté, l'alcoolisme peut exister sans excès alcooliques réels. Il ne suffit pas d'avoir noté dans les antécédents : abus d'alcooliques, voire même ivrognerie comprise dans un certain sens restreint, pour justifier l'existence de l'alcoolisme ; celui-ci exige un ensemble de symptômes, il est vrai d'ordinaire caractéristiques, mais sans lesquels, l'abus même excessif des liqueurs ne saurait laisser supposer l'intoxication.

Ce sont là des extrêmes dont il faut pouvoir se garder dans l'appréciation de l'alcoolisme héréditaire, et ils n'ont pas été sans assombrir quelque peu un tableau déjà assez chargé. Si tant de familles, nous ne dirons pas d'alcoolisés, mais de buveurs, restent indemnes de toute tare héréditaire, c'est que, ou bien les excès n'avaient pas produit d'alcoolisme, ou bien que l'alcoolisme n'avait pas trouvé, pour développer ses manifestations morbides, un terrain assez bien approprié par différentes prédispositions.

L'on ne nous semble pas avoir toujours suffisamment tenu compte de ces différentes observations dans l'appréciation de l'alcoolisme héréditaire.

Historique. — L'alcoolisme héréditaire, bien qu'il y ait à peine quelques années que l'on semble en étudier les manifestations, était connu de la plus haute antiquité. La mythologie nous apprend que Vulcain, boiteux, fut conçu par Jupiter enivré de nectar. Jeune homme, dit Diogène à un enfant stupide, ton père était ivre lorsque ta mère t'a mis au monde. Aristote croyait qu'une femme adonnée à l'ivrognerie engendrait des enfants ivrognes et Plutarque affirme que le buveur donne naissance à des enfants qui s'adonnent au même vice. La législation de Lycurgue favorisait l'ivro-

gnerie chez les tributaires et les vaincus pour étouffer en eux les saines aspirations et développer les instincts et les appétits qui devaient les conduire fatalement à n'être plus qu'un peuple d'esclaves. A Carthage, une loi défendait toute autre boisson que l'eau, le jour de la cohabitation maritale. Hippocrate remarqua et signala les effets fâcheux de l'ivresse sur le produit de la conception. Amyot, en 1550, disait que l'ivrogne n'engendrait rien qui vaille. Bacon rapporte que beaucoup d'idiots et d'imbéciles sont nés de parents adonnés à l'ivrognerie, et quelques vers d'une pièce de Molière prouvent que si la science n'était pas encore bien explicite sur ce sujet, la fâcheuse influence de l'alcool sur la descendance était loin d'être ignorée dans le domaine public.

Plus rapprochés de nous, Darwin, Roesch, Cox, Lippich et Friedriech constatent que toute maladie provenant de l'abus des liqueurs fermentées ou des spiritueux peut se transmettre jusqu'à la troisième génération en s'accroissant graduellement, jusqu'à l'extinction complète de la famille si le point de départ persiste. Puis ces auteurs reconnaissent à l'alcoolisme des parents une fâcheuse influence sur la santé des enfants, qui sont disposés aux congestions cérébrales, à l'hypocondrie, à l'idiotisme, aux aberrations intellectuelles et à la démence.

Mais les premières études sérieuses datent du savant aliéniste Morel; c'est lui qui jeta les bases de l'alcoolisme héréditaire dont ses successeurs se sont bornés à développer les éléments.

Description. — Deux formes générales doivent être admises :

1° Hérédité de similitude. Alcoolisme héréditaire homotype;

2° Hérédité de transformation. Alcoolisme héréditaire hétérotype.

Dans la première forme (homotype), le générateur se borne à transmettre à sa descendance sa propre affection, c'est-à-dire, ou bien sa tendance alcoolique, ou bien les symptômes de son alcoolisme; dans la seconde, l'état mental de l'alcoolisé se transforme dans les nombreuses manifestations nerveuses dont le cerveau humain peut être le siège. La première forme est peut-être celle que l'on constate le plus fréquemment en dehors de toute autre influence nerveuse.

Il n'est plus un aliéniste qui aujourd'hui puisse mettre en doute cette hérédité directe — les exemples en sont nombreux et frappants — seulement il est facile de comprendre qu'elle doive se tranmettre dans des conditions excessivement variables; elle est, du reste, loin d'être fatale, mais les auteurs ne sont nullement d'accord sur la fréquence de sa transmission : tandis que Dodge (1) la considère comme au moins aussi transmissible que la scrofule, la tuberculose et la folie; d'autres lui font une part beaucoup moins large. Sur 379 ivrognes admis à l'asile de Binghamton (New York), 180 étaient des buveurs héréditaires; c'est donc à peu près une proportion de 1 sur 2. Cette proportion, qui semble excessive, a été recueillie dans un asile d'aliénés; celle trouvée par Baer, chez les prisonniers, donne une moyenne très approximative de 1/4, qui se décomposerait comme suit, d'après les différents pays où on l'a observée :

Prusse	22 %	de buveurs héréditaires.		Saxe	10 %
Bavière	34 %	—	—	Baden	19 %
Wurtemberg	19 %	—	—	Alsace	22 %

(1) *Report from the select committee on habitual Drunkards.*

Rien que la différence de ces extrêmes, 10 à 34 %, prouve l'excessive réserve avec laquelle il faut admettre les renseignements statistiques concernant cette question spéciale et, du reste, celle de l'alcoolisme en général.

L'ivrognerie héréditaire, c'est-à-dire la simple appétence pour les boissons alcooliques, transmise des parents aux enfants, se présente dans les conditions les plus variées, et il serait difficile de l'assujettir à des lois exactes. Il n'est pas absolument rare de la voir affecter chez les descendants la même physionomie, les mêmes caractères et la même marche que l'on remarquait chez les ascendants; parfois elle est fort précoce; d'autres fois, elle est très tardive. On peut cependant dire qu'en général l'ivrognerie héréditaire se développe davantage dès le jeune âge et augmente d'une manière inquiétante aux époques des grandes révolutions de l'économie : puberté et ménopause.

Certains auteurs ont nié l'hérédité de l'ivrognerie, en mettant ce vice sur le compte des mauvais exemples que rencontrent dès leur jeune âge les enfants du buveur. Il est plus que probable que nombre de ceux qui s'adonnent à la boisson ont puisé dans la vie intime du ménage leur passion désordonnée; mais vouloir ériger cette exception en règle, c'est aller à l'encontre de l'observation qui prouve que plus d'un de ces malheureux prédisposés a suivi la voie désastreuse de ses ascendants, alors même qu'il était élevé bien loin des funestes exemples de ses parents, et que plus d'un d'entre eux ne s'adonne à l'ivrognerie qu'à un âge avancé, alors que l'effet de l'exemple a disparu depuis longtemps. C'est la fatale hérédité, et rien d'autre, qui le pousse.

Cependant l'hérédité ne consiste pas toujours dans cette véritable appétence pour les boissons alcooliques; dans ce

goût désordonné pour l'alcool, en dehors de tout autre excitant. L'hérédité se traduit souvent par un état névropathique qui se caractérise par une irritabilité, une instabilité, une disposition morale vicieuse, une inquiétude morale qui imposent pour ainsi dire au malheureux qui en est atteint, le besoin d'un excitant capable de remédier à cet état intérieur.

L'ivrognerie héréditaire est en général soumise à la plupart des lois de l'hérédité névropathique et psychopathique; c'est ainsi qu'elle peut être immédiate ou médiate, provenir des parents eux-mêmes ou des arrière-parents, en sautant une ou même plusieurs générations; des observations curieuses en ont été rapportées.

Si l'alcoolisme engendre la tendance aux alcooliques et si le penchant aux excès de boissons est engendré par l'alcoolisme et l'ivrognerie, cette tendance funeste peut aussi naître par transformations héréditaires, c'est-à-dire provenir des maladies mentales et nerveuses les plus diverses : des exemples nombreux prouvent que la folie, la psychopathie et la névropathie engendrent l'alcoolisme ou plutôt l'appétence pour les boissons alcooliques. Malheureusement les conditions auxquelles sont soumises ces diverses transformations nous sont encore absolument inconnues.

Telle est la première variété d'alcoolisme héréditaire homotype; c'est simplement la transmission d'un défaut, d'un vice des parents à l'enfant.

Une seconde variété de cette même forme est beaucoup plus discutée et plus discutable : elle consiste, à proprement parler, dans l'existence de la plupart des symptômes de l'alcoolisme chronique chez la descendance, sans qu'il y ait eu chez elle d'abus alcoolique capable de les produire. De

même que l'épileptique ou l'hystérique transmet l'épilepsie ou l'hystérie à sa descendance, de même l'alcoolisé, cette fois, et non plus le buveur, pourrait transmettre à sa descendance, non plus son vice, mais l'alcoolisme tout formé en tant que diathèse, qu'ensemble symptomatologique. La sensibilité est pervertie chez les descendants des alcoolisés; les membres inférieurs sont généralement plus atteints; ce sont des fourmillements, des picotements, des sensations de chaud et de froid, de l'hyperesthésie, plus rarement de l'anesthésie, des névralgies mal limitées, mobiles, qui n'affectent pas le trajet du nerf, mais passent de la tête aux membres, aux articulations, parcourant successivement tout le corps sans respecter les viscères, qui présentent des tiraillements parfois très douloureux; céphalalgie, migraines fréquentes. La vision peut se troubler; les objets tremblent sous les yeux; les vertiges, les éblouissements ne sont pas fort rares; ils augmentent avec l'insomnie, qui est fréquente. Chez plusieurs malades on observe des troubles digestifs, malgré une sobriété parfaite ou une vie régulière; ce sont des tiraillements d'estomac, du pyrosis, de l'appétit capricieux ou nul, des diarrhées, suites de mauvaises digestions. L'impuissance est presque absolue. Ces malades sont excessivement sujets aux troubles hallucinatoires; des hallucinations de la vue et de l'ouïe surviennent sous l'influence des moindres causes; ils ont le tremblement facile et la motilité est affaiblie et délabrée.

Observation LII. — Henri D..., entre le 15 mars 1875, pour une bronchite. Père, charretier, ivrogne, tremblait beaucoup des membres supérieurs et avait de la pituite; il est mort écrasé par sa charrette. Mère bien portante, mais boit quelquefois la goutte, le matin. Elle a fait une fausse

couche. Sœur morte à 16 ans, d'une fluxion de poitrine avec délire; elle avait des vertiges et des pertes de connaissances épileptiformes.

Le malade est artilleur, ancien cultivateur; il a eu une fièvre typhoïde, à 19 ans, avec délire, lui a-t-on dit. D'après les commémoratifs fournis par lui et par ses camarades, il ne fait aucun excès de boissons; nous nous en sommes, du reste, assuré par nous-même, après sa maladie. Très pauvre, n'ayant eu que sa paie, la boisson lui était naturellement interdite. Sans être méchant, il est colère, emporté, d'une intelligence peu développée, sans aucune instruction. La tête est petite mais régulière; il est grand et mince. A son arrivée, outre les râles de la bronchite dont il est atteint, nous sommes frappé par l'insomnie, mêlée de cauchemars, qu'il présente. C'est ainsi que dès qu'il s'endort, il se réveille en sursaut, se croit en prison devant un conseil de guerre, ou encore il rêve qu'il est à la campagne et voit des loups lui enlever ses moutons, il engage avec eux une lutte terrible d'où il sort baigné de sueur. Ces cauchemars lui sont habituels, bien que moins accentués depuis sa jeunesse. Il présente en outre un léger tremblement des lèvres et de la langue, une hyperesthésie générale, au point que le moindre contact peut le faire tressauter sur son lit; il rejette ses couvertures pour tâcher de calmer les fourmillements et les picotements qu'il ressent dans les jambes surtout, mais il ne peut y parvenir; douleur au creux épigastrique et appétit capricieux; ces symptômes diminuent sous l'influence de 3 grammes de chloral et de 30 grammes d'alcool. Le malade sort guéri de sa bronchite, mais les symptômes névropathiques ont peu diminué (1).

(1) GENDRON. *De l'alcoolisme héréditaire.* (*Thèse;* obs. XXIV.)

Observation LIII. — Langlois, 20 ans, couturière, née à Paris, entre le 6 février, à la salle Sainte-Geneviève, à la Pitié. Père alcoolique, mort à 46 ans d'une fluxion de poitrine; mère bien portante, non nerveuse; sœur morte à 18 mois.

La malade présente du strabisme de l'œil droit, une hémiplégie légère à gauche, une grande susceptibilité nerveuse, de la céphalalgie habituelle, revenant par accès. Sa taille est moyenne; elle voit peu de l'œil droit qui offre une taie; depuis son enfance, elle présente une grande faiblesse dans le bras gauche; le mollet gauche est plus petit que le droit, mais presque aussi fort. L'ouïe est bonne des deux côtés. Jusqu'à l'âge de 4 ans, elle a eu des convulsions fréquentes, aujourd'hui elle est colère, nerveuse et emportée. Depuis sa jeunesse, elle est agitée la nuit et se réveille en sursaut. Jusqu'à 13 ans, elle a eu des hallucinations, surtout pendant la nuit (fantômes), parfois si effrayantes qu'elle se levait épouvantée. Elle a des crampes dans les mollets et des fourmillements, des tremblements très accusés des membres supérieurs, une impressionnabilité très grande. L'appétit est médiocre. La céphalalgie, qui a commencé il y a 4 ans, présente toutes les semaines des exacerbations et s'accompagne de vertiges et d'étourdissements. Réglée à 14 ans, elle l'a toujours été régulièrement, sauf depuis un an. Aucun désir vénérien; dyspepsie habituelle; le matin elle a des nausées sans vomissements. Elle a de l'insomnie pendant son séjour à l'hôpital; sa physionomie est agitée; ses lèvres tremblent. Le chloral la fait dormir; mais elle sort de l'hôpital à peu près dans le même état qu'à son entrée (1).

(1) GENDRON. *Ibid.;* (obs. XXIII.)

Les observations XXIX et XXX du même auteur sont conçues dans le même genre.

Tel serait le véritable alcoolisme héréditaire; cet état névropathique, du reste assez mal caractérisé, n'est guère fréquent, et ses conditions pathogéniques nous semblent encore insuffisamment établies. Les observations de Gendron sont incomplètes au point de vue de la description de l'alcoolisme des ascendants; ce mot ne suffit pas en général pour caractériser la situation pathologique et encore moins pour en déduire les importantes conclusions auxquelles l'on s'est arrêté.

Les formes hétérotypes de l'alcoolisme héréditaire sont mieux déterminées et plus concises. La manifestation la mieux établie est l'épilepsie et les convulsions, tant de l'adulte que du jeune âge. L'hérédité alcoolique produit chez la descendance une excitabilité réflexe sous l'influence de laquelle les convulsions naissent avec une facilité extrême. Les nombreuses observations consignées dans la science rendent ce fait indubitable. Une même mère donne naissance, avec un homme très sobre, à des enfants bien portants et bien constitués et engendre, avec un homme alcoolisé, des épileptiques ou des enfants atteints de convulsions dans leur jeune âge. Du reste, la statistique prouve la fréquence excessive des affections convulsives et épileptiques chez les enfants des alcoolisés, et dans un nombre donné de convulsifs, l'ascoolisme des ascendants figure pour un chiffre très élevé. Ainsi sur 83 malades atteints d'épilepsie ou d'éclampsie, 60 avaient des parents alcooliques, 23 n'offraient aucun signe de cette dégénérescence; ce qui revient à dire qu'environ les 3/4 des épileptiques ont une origine alcoolique.

L'éclampsie du jeune âge n'est pas moins fréquente que l'épilepsie de l'âge adulte : dans 60 familles d'alcoolisés dont il y avait 169 survivants, 48 de ceux-ci avaient offert des convulsions dans leur jeune âge; sur 23 familles non alcoolisées dont 79 membres survivaient, 10 seulement avaient été éclamptiques pendant leurs premières années.

Une autre forme d'alcoolisme héréditaire hétérotype est cet état de névropathie générale qui, chez la femme, se traduit par certaines formes sensitivo-intellectuelles de l'hystérie, et chez l'homme, par cette affection si bien décrite par Bouchut, sous le nom de nervosisme, et dont la variété presque infinie de dénominations qu'on lui a données, prouve suffisamment la variété de forme et d'aspect qu'elle peut revêtir; dans les cas d'hérédité alcoolique, ces différentes affections nerveuses paraissent même offrir certaines particularités qui, sans être caractéristiques ni constantes, rappellent cependant, jusqu'à un certain point, leur origine alcoolique Les fonctions digestives sont le siège de lésions multiples, surtout de nature nerveuse, dyspepsie, gastralgie, vomissements; des phénomènes d'hyperesthésie occupent les membres et le tronc comme les organes des sens; le sommeil est mauvais, agité, tourmenté par des rêves et des cauchemars; les forces musculaires sont affaiblies; le caractère est difficile, capricieux, irritable; l'humeur changeante, etc., etc.

Une fois sur cette limite, il devient cependant difficile de faire une distinction entre cette variété d'alcoolisme héréditaire hétérotype et le véritable alcoolisme homotype.

Observation LIV. — Charles H..., 42 ans, cultivateur, fils d'un père alcoolique et d'une mère morte d'une fluxion de poitrine. Sœur morte tuberculeuse.

Il a eu, étant jeune, des convulsions; puis il s'est développé normalement; il est grand, maigre, peu robuste; il y a quelques années, il commença à éprouver des névralgies mobiles, sautant avec la plus grande facilité d'une région à une autre, de la céphalalgie et des troubles de l'estomac.

Voici les symptômes qu'il présente actuellement : fourmillements et picotements, parfois très douloureux, dans les membres inférieurs et supérieurs; ces phénomènes ne paraissent pas augmenter la nuit et s'accroissent plutôt le jour, à heure variable. De véritables douleurs erratiques lui parcourent le corps; de la céphalalgie opiniâtre, du tremblement léger, de la gastralgie s'accompagnant de nausées et parfois de vomissements. Sensation de barre sur la poitrine; oppression; parfois urines nerveuses, abondantes, sans albumine. Son caractère est emporté, impérieux; il s'affecte de son état, exprime sans cesse la crainte de devenir fou. Il a toujours été excessivement sobre; le vin que d'abord il supportait mal, il n'en a jamais bu plus de deux litres par semaine (1).

Observation LV. — Willeneuve, Louise, 25 ans, blanchisseuse, née à Paris, entre le 5 juillet 1879, à Ste-Geneviève.

Père alcoolique, mère bien portante; frère mort à 11 ans, probablement de méningite; second frère bien portant. La malade est réglée régulièrement depuis l'âge de 18 ans; les règles sont habituellement peu abondantes; elle se plaint d'éblouissement et de vomissements qui, depuis l'âge de 10 ans, lui sont habituels tous les 3 à 4 jours. Mais, il y a 4 ans, ces troubles dyspeptiques ont augmenté au moment des règles et depuis ce temps là elle vomit tous les jours. Si elle monte un escalier, elle étouffe. Pas d'ap-

(1) GENDRON, *Ibid.*; (obs. XXVI.)

pétit; elle passe facilement la journée sans manger. Souvent à la suite de ses repas, elle a des crampes d'estomac, des borborygmes. Très nerveuse et impressionnable, la malade pleure et se met en colère à la moindre contrariété; de même elle rit sans motif. Les pleurs et les rires lui font éprouver une sensation de constriction à l'épigastre et dans le pharynx rappelant la boule hystérique. Elle n'a jamais eu que des attaques de nerfs très légères, mais la toux nerveuse et le hoquet lui sont habituels. Parfois pendant plusieurs jours sa voix est enrouée; tous ces symptômes sont, dit-elle, plus accentués pendant l'été; à cette époque elle a des éblouissements et des étouffements qui l'obligent à garder le lit. Ni ovarie, ni rachialgie; parfois névralgie intercostale légère. Elle a une analgésie absolue de tout le corps, la sensibilité à la température est nulle; le goût et l'odorat sont très diminués. Le sommeil est assez bon; ni rêves, ni cauchemars, etc.

Ces deux observations ne donnent qu'un léger aperçu des désordres nerveux variés et bizarres que l'on peut rencontrer chez les névrosiques des deux sexes, et dont l'alcoolisme de l'ascendant constitue une des principales origines. Ces états forment une gradation continue depuis le simple tempérament névropathique ou psychopathique jusqu'au nervosisme le plus accentué. Chez la femme, cette nervosité se traduit d'ordinaire par les symptômes plus ou moins prononcés et plus ou moins variables de l'hystérie, mais où manquent cependant les attaques convulsives proprement dites.

Une troisième manifestation, peut-être plus rare de l'alcoolisme héréditaire, c'est la folie impulsive. Cette individualité, encore si obscure et qui ne trouve son explication

suffisante que dans une tare héréditaire, est la compagne souvent inséparable d'un état névro ou psycho-pathique plus général dont elle n'est pour ainsi dire que l'expression. Les perversions précoces, les déviations horribles du sens moral qui engendrent les crimes atroces, les perversités étranges et horribles qui caractérisent la monomanie instinctive, ne trouvent parfois leur seule explication que dans l'alcoolisme des ascendants.

A côté de cette forme de folie, folie des actes et complètement opposée à elle, vient se ranger le délire d'obsession, cette véritable folie impulsive de l'intelligence, caractérisée par l'obsession tyrannique des idées qui viennent s'imposer en masse au malade, malgré tous les efforts qu'il fait pour les chasser; cette folie, lucide d'abord, finit bientôt par le subjuguer complètement. Elle n'a été bien étudiée que dans ces derniers temps et doit être considérée comme une conséquence assez fréquente de l'alcoolisme chez les ascendants. Krafft-Ebing en cite deux cas (1); les malades qui en font l'objet descendaient tous deux d'un père alcoolisé. Dans deux autres cas que nous avons eu l'occasion d'observer, l'on rencontre identiquement les mêmes particularités; cependant dans une de nos observations, de même que dans une de celles de l'auteur allemand, la mère était en même temps névropathique.

Nous tenons à rapporter une de ces observations.

Observation LVI. — La nommée Mos, 33 ans, ouvrière, est issue d'un père alcoolisé; tante paternelle épileptique; dès son jeune âge, la patiente était nerveuse et impressionnable. Réglée à 15 ans; légère dysménorrhée. A 19 ans, elle a eu une perte de connaissance passagère. A 22 ans,

(1) KRAFFT-EBING. *Traité de Psychiatrie,* 3e partie, p. 96.

attaque d'hystérie qui persiste avec des exacerbations et des rémissions. A 23 ans, accouchement après lequel les phénomènes hystériques s'aggravent. Se marie à 30 ans, et fait bon ménage.

En 1877, apparaissent des phénomènes graves d'hystéricisme; boule hystérique, paraplégie, sensations bizarres remontant jusqu'à la tête et trouble de la conscience, crampes dans les extrémités; hyperesthésie sensorielle; trouble hyperesthésique de la vue et de l'ouïe; sent des odeurs de soufre.

Peu après apparaissent les premières obsessions; elles ne sont accompagnées d'aucun phénomène émotionnel et se meuvent dans un certain milieu religieux, en portant principalement sur les jurements et les malédictions entendus dans le voisinage. La patiente se voyait obligée de ruminer sans cesse sur ces jurements; elle devait se demander si ce n'était pas là une injure au ciel et si elle ou d'autres n'auraient pas eu à en souffrir.

Bientôt les paroles les plus insignifiantes la préoccupaient outre mesure, et elle voyait dans les plus futiles, des blasphèmes à la divinité. Puis l'envie irrésistible lui vint d'insulter elle-même la divinité; ces pensées devenaient chaque jour plus fréquentes et plus irrésistibles : plus elle cherchait à éloigner et à chasser ces pensées malsaines par des prières et autres pratiques religieuses, plus ces pensées s'imposaient à son esprit avec une ténacité invincible. Voulait-elle réciter le pater, elle se trouvait absolument contrainte de dire à la place de bénit soit ton nom, maudit soit ton nom. Allait-elle à communion, elle se sentait poussée à mordre dans la sainte hostie et à se moquer du saint mystère.

Puis elle se vit forcée de réfléchir au mystère de la sainte

trinité et à se demander comment cette trinité pouvait ne faire qu'un seul Dieu, s'il n'y avait réellement qu'un Dieu, si ces saints n'étaient pas des diables, si ces pensées enfin ne l'avaient pas déjà damnée. Toutes ces pensées s'emparaient malgré elle de son esprit, la torturaient pendant toute la nuit d'une façon des plus pénibles; pendant la journée, ses occupations l'aidaient encore quelque peu à les chasser. Bientôt survinrent des attaques nerveuses et des accès d'anxiété et d'angoisses; la patiente finit par perdre le sommeil et révéler sa triste situation à ceux qui étaient préposés à ses soins.

En février 1878, les obsessions changèrent de mobile et prirent la nourriture pour objet. Il lui vint à l'idée d'avoir manqué aux prescriptions de jeûnes et de maigre qu'ordonne la religion; ces idées s'étendirent bientôt à l'abstinence de toute nourriture et finalement elle se mit à croire qu'il lui était ordonné de s'abstenir même d'eau, si elle voulait éviter la damnation éternelle (1).

Cette folie par obsession d'idées est une forme fréquente de folie lucide.

Les arrêts de développement intellectuel, depuis la simplicité d'esprit jusqu'à l'idiotie la plus complète, sont une autre forme de dégénérescence héréditaire de l'alcoolisme chronique qui, dans l'ordre de fréquence, semble se ranger à côté de l'épilepsie. Ces affections peuvent être tantôt primitives et congénitales, tantôt consécutives, en ce sens que le moindre dérangement cérébral ou mental est rapidement suivi d'imbécillité, de stupidité ou de déchéance irrémédiable. Lunier évalue a plus de 50 p. c. le nombre des insuffisants moraux dont les ascendants sont alcooliques, et cette

(1) KRAFFT-EBING. *Lehrbuch der Psychiatrie;* (observ. 71).

proportion devrait encore être plus considérable si l'on réfléchit à la grande mortalité des enfants d'alcooliques, ceux-ci arrivant en beaucoup moins grand nombre à un certain âge par suite de leur plus grande mortalité.

Mais en dehors de ces désordres nettement définis de la constitution cérébrale et psychique et de son fonctionnement, l'alcoolisme héréditaire vient nous donner l'explication de bien des perversions morales et intellectuelles dont l'existence ne saurait se comprendre en dehors des conditions d'hérédité. Ces êtres, en proie à une véritable dégénérescence morale, apportent en naissant la plupart des vices de leurs parents : jeunes, ils ont de mauvais instincts et des penchants vicieux; ils sont cruels, vindicatifs, colériques; la douleur et la souffrance des autres causent leur joie; leur plus grand bonheur est de tourmenter, de faire souffrir et de tuer les animaux; d'autres n'ont de plaisir que quand ils peuvent agacer, taquiner, violenter et faire souffrir leurs petits camarades dont ils causent l'effroi; habituellement ils révèlent de bonne heure leur tendance mauvaise par la dépravation de leur caractère, par tous les vices et toutes les jouissances précoces. Plus âgés, ils deviennent paresseux, vagabonds et indisciplinables; tantôt ils se montrent réfractaires à toute éducation, ou bien s'ils ont péniblement appris un état libéral ou une profession industrielle, leurs aptitudes s'évanouissent au moment du développement psychologique de la puberté. L'indécision, la paresse, le vagabondage, l'obscurcissement du sens moral, l'instabilité du caractère, l'impossibilité de se fixer quelque part, les appétences ébrieuses, vénériennes et autres, l'affaiblissement intellectuel sont les principaux caractères de leur nature pervertie.

Les excès alcooliques, auxquels ils ne tardent pas à se livrer avec une funeste précocité, viennent bientôt faire naître chez eux tous les symptômes d'un alcoolisme acquis dont les manifestations sont d'autant plus sérieuses qu'elles atteignent une nature plus prédisposée à l'immoralité et à la dépravation comme au cynisme. Beaucoup d'entre eux finissent par tomber dans cet état de folie morale instinctive, dont l'existence et la nature ont donné lieu à tant de contestations et dont les tristes sujets passent d'ordinaire plus d'une fois par les prisons ou les dépôts de mendicité, avant de venir échouer dans les asiles d'aliénés.

Ces diverses manifestations instinctivement morbides ne doivent souvent leur origine qu'à des états d'alcoolisme héréditaire. Morel en cite un exemple frappant dans son traité des dégénérescences (page 118).

Mais l'alcoolisme des parents ne se borne pas seulement à pervertir le fonctionnement intellectuel et moral des descendants; il en atteint encore la constitution physique.

Les enfants des alcoolisés sont en général chétifs, faibles, débiles; ils sont pâles; la nutrition est souffrante; leur vitalité amoindrie offre une prise beaucoup plus facile à toutes les causes de maladie; leur système musculaire est peu développé; la gracilité de leur forme et la petitesse de leur taille contribuent encore à exagérer cette faiblesse constitutionnelle native qui ne semble être qu'un diminutif de la cachexie alcoolique du père. Elle se traduit au point de vue esthétique, par des vices de conformation nombreux et variés dont les descendants d'alcoolisés offrent la triste spécialité. Toute proportion gardée, ces espèces de monstres sont plus fréquents dans la descendance d'alcoolisés que chez les autres. L'arrêt de développement du cerveau, l'iné-

galité de son développement, aboutissant à des atrophies générales ou partielles et unilatérales accompagnées de malformations crâniennes, sont une conséquence de l'alcoolisme héréditaire. Chez les microcéphales, le développement organique est incomplet; le crâne et la région supérieure de la tête sont asymétriques; le corps est hémiatrophique. Ils offrent tous les caractères de l'infantilisme.

Une autre conséquence, à peu près de même nature, de l'alcoolisme héréditaire est l'hydrocéphalie. Ces différentes affections ont pour conséquences une des formes symptomatologiques de la paralysie infantile.

Enfin, dans un troisième ordre de faits, l'alcoolisme héréditaire manifeste son influence sur la propagation de l'espèce, en diminuant la fécondité et les naissances, quel que soit, du reste, le mode d'action de la cause génératrice. C'est ainsi que Lippich a remarqué que les mariages d'alcoolisés ne produisaient en moyenne que 1.3 p. c. enfants; tandis que les unions non entachées de ce vice en produisent 4.1 p. c.; l'alcoolisme réduirait donc la productivité de 2/3.

Quoi qu'il en soit de ces résultats statistiques, auxquels des éléments trop dissemblables enlèvent une partie de leur valeur, il n'en est pas moins prouvé que, aussi bien du côté de l'homme que du côté de la femme, l'alcoolisme exerce une influence fâcheuse tant sur la conception que sur l'accouchement. Les dégénérescences dont les testicules sont le siège chez l'intoxiqué, les modifications qu'éprouve sous cette influence le liquide spermatique, leur enlèvent la vitalité indispensable à la conception. La cachexie alcoolique peut atteindre le même résultat, une fois qu'elle a acquis une certaine intensité et cela, sans que les organes reproducteurs soient réellement malades. Il ne manque pas

d'exemples de femmes ayant eu des enfants de premières unions et ne pouvant plus en avoir dans des mariages consécutifs avec des alcoolisés ; de même que des unions improductives avec des alcoolisés sont devenues fécondes, quand elles étaient contractées avec des individus non entachés d'intoxication alcoolique.

Du côté de la femme, la stérilité par dégénérescence des ovaires et altérations de la matrice vient s'augmenter de toutes les causes qui peuvent agir pendant la gestation et l'accouchement pour produire la stérilité indirecte, c'est-à-dire la naissance d'un enfant mort. C'est ce qui rend l'alcoolisme de la mère peut-être plus dangereux que celui du père, au point de vue de la propagation de l'espèce.

DIPSOMANIE.

La dipsomanie n'est pas une forme d'alcoolisme, encore moins une forme d'ivresse ; elle n'a avec l'intoxication que des rapports assez éloignés. C'est une véritable maladie mentale qui devrait bien plutôt rentrer dans la classe des folies impulsives, et le penchant de boire n'est qu'un simple symptôme, qui pourrait être remplacé par tout autre désir irrésistible sans modifier en rien le fonds même de la maladie. Ici la tendance à l'homicide, là, la tendance au vol, ailleurs des appétits encore plus désordonnés, comme celui de déterrer des cadavres, remplacent le penchant à la boisson, et la nature intime de la maladie reste identique. Le seul rapport que la dipsomanie ait avec l'alcool, c'est de donner trop souvent lieu à l'alcoolisme dont les symptômes finissent par effacer ceux de l'affection qui leur a donné naissance.

On admet généralement deux formes de dipsomanie : la

dipsomanie essentielle et la dipsomanie symptomatique.

Cette dernière est peut-être la plus fréquente; elle s'entend du désir irrésistible qui porte beaucoup d'aliénés vers les alcooliques, à la période prodromique ou à la période d'état de leur affection. On la rencontre surtout au début de certains états maniaques et de la folie paralytique. Dans cette dernière, le penchant désordonné aux boissons constitue parfois le phénomène prodromique le plus évident et qui rejette loin dans l'ombre tous les autres. Le médecin attentif reconnaîtra cependant dans la continuité des excès qui s'accompagnent souvent d'une grande exaltation, d'une irritabilité prononcée, d'actes de véritable démence et d'un affaiblissement parfois évident des facultés intellectuelles, les premiers signes d'une maladie que doivent souvent faire craindre des habitudes alcooliques survenant presque subitement chez des personnes sobres antérieurement. La période d'excitation de la folie circulaire est souvent encore caractérisée par des excès désordonnés de boissons et de nature presque instinctive; parfois même, ces abus sont tellement prédominants que la forme devient une véritable dipsomanie circulaire. D'autres fois, l'alcool donne à la période d'excitation un cachet particulier, une forme délirante qu'elle n'aurait pas eue en l'absence de l'excitant alcoolique; l'excitation peut aller jusqu'au véritable délire expansif avec conceptions délirantes de grandeurs.

L'invasion de la dipsomanie véritable est d'ordinaire plus lente et plus progressive : ce sont des courtes périodes pendant lesquelles les malades sont moins sobres et qui sont suivies d'un retour complet aux habitudes antérieures de régularité. Les accès augmentent peu à peu en intensité et en durée, et finalement la maladie prend une marche ouver-

tement circulaire. L'on peut dire qu'à ce point de vue, la dipsomanie emprunte un de ses caractères à la folie à double forme, non pas tant pour la répétition des accès que pour la modification totale qui s'opère dans l'être psychique, qui diffère absolument d'une période à l'autre.

Il ne saurait entrer dans notre cadre de donner la description complète de la dipsomanie; ce serait refaire toute l'histoire des folies impulsives, chapitre vaste, et histoire encore bien contestée de la pathologie mentale. Nous nous bornerons aux points les plus essentiels.

La dipsomanie est peut-être une des affections mentales où l'hérédité joue le plus grand rôle et qui peut se développer sous cette seule prédisposition. Les causes morales semblent en général céder le pas aux causes physiques parmi lesquelles le traumatisme cérébral, la diathèse vermineuse, la menstruation, la grossesse, les périodes de développement et de déclin de la nature humaine semblent occuper le premier rang.

Les symptômes principaux et qui en caractérisent la nature sont des troubles de la sensibilité morale, se répétant périodiquement et accompagnés de tendance invincible aux excès alcooliques. C'est d'abord un changement de caractère : le malade devient vif, irritable, violent même; le sommeil est agité, pénible, troublé; parfois il se perd; le malade éprouve un malaise intérieur qu'il ne saurait définir et qui le rend mobile, anxieux, inquiet; il est pris d'appréhensions vagues qui l'empêchent de continuer ses occupations ordinaires; le dégoût du travail le prend; il quitte sa besogne; une excitation intérieure le pourchasse et lui fait chercher ailleurs une tranquillité qu'il ne trouve pas là où il est; c'est une véritable effervescence intérieure.

En même temps surviennent des désordres physiques, des maux de tête, parfois des vertiges, des chaleurs qui montent au visage, de l'oppression, des battements de cœur. D'autres fois, c'est un état de tristesse générale, d'affaissement profond, de dégoût que rien ne peut surmonter; le malade se plaint de faiblesse excessive.

Alors survient le goût des excitants qui amène une amélioration passagère, un sentiment de bien-être et de soulagement; mais cette amélioration n'est que passagère; les mêmes accidents se reproduisent et sont combattus par les mêmes moyens; la dipsomanie a fait son invasion en plein, et une fois sur la pente, le dipsomane ne s'appartient plus. Comme le dit si bien Foville, tantôt il passe son temps dans les cafés et les cabarets, buvant de tout avec tout le monde; tantôt il se renferme chez lui afin d'être libre de boire à sa guise sans témoin. Assez souvent il disparaît tout à coup, rompt avec toutes ses habitudes, devient introuvable pour les siens et s'adonne dans l'ombre et les endroits les plus abjects à son funeste entraînement. A tout prix, il faut qu'il puisse assouvir la soif qui le consume; s'il n'a pas d'argent il vend ou engage ce qu'il possède, jusqu'à ses vêtements; il s'endette autant qu'il le peut faire et lorsqu'il n'a plus ni ressource, ni crédit, il recourt parfois au vol et au crime.

Une fois que l'accès est terminé, le malade tombe dans une espèce d'affaissement moral dont l'importance est considérable au point de vue du diagnostic; il rentre en lui-même, se rend compte de ses tristes excès, fuit le monde et vient souvent demander lui-même son admission dans un asile pour se mettre à l'abri de sa faiblesse maladive, jusqu'à ce qu'un nouvel accès reproduise le cycle fatal. Ces périodes d'excitation et de dépression, qui n'existent pas toujours

aussi bien caractérisées, sont un des caractères les plus précieux de la dipsomanie. Quand elles sont plus prononcées, elles constituent une véritable folie circulaire dipsomaniaque; l'on n'ignore pas en effet que la période d'excitation de la folie à double forme est fréquemment accompagnée de penchant irrésistible aux boissons alcooliques, tout aussi violent que dans la dipsomanie véritable.

La durée des accès est variable, de même que la durée des intervalles de sobriété; les périodes alcooliques reviennent d'ordinaire trois à quatre fois par année.

La question médico-légale de cette forme de folie impulsive n'offre guère de difficulté; en tant que folie, et la nature vésanique n'en saurait être contestée; elle implique pendant sa période d'activité une irresponsabilité complète. Seul, le diagnostic exige une étude sérieuse, car rien ne serait plus dangereux que de prendre pour de la dipsomanie, cette ivrognerie périodique, née des circonstances sociales, plutôt que des impulsions du buveur. Ici encore, ce n'est pas dans les symptômes dipsomaniaques qu'il faut rechercher le criterium de la certitude, mais dans l'ensemble clinique que présente la maladie mentale et qui ne peut se constater que par l'observation médicale. Pour arriver à ce résultat, il faut procéder à une étude clinique minutieuse du malade; examiner au même point de vue le fait allégué et toutes les circonstances antérieures et présentes, de causes et d'effets qui s'y rapportent, de manière à en saisir le début, l'évolution, la marche, le développement et à réunir ainsi tous les éléments d'une synthèse pathologique, en d'autres termes, reconstituer chez le malade tout l'ensemble clinique de la folie impulsive depuis ses premiers développements jusqu'à sa période d'état et en arriver à montrer le penchant alcoo-

lique comme un simple symptôme d'un état mental bien plus sérieux, et qui s'est progressivement développé. La sphère nerveuse sera largement mise à profit et fournira les éléments les plus précieux, car comme l'affection ne naît ordinairement que sur un fond profondément héréditaire, ce sont les signes de dégénérescence qui prédominent : la dipsomanie se traduit d'ordinaire par un ensemble de manifestations anormales telles que : caractère inégal et fantasque ; développement avorté ou singulièrement inégal des facultés intellectuelles et morales, tendance naturelle au mensonge, à la dissimulation, à la cruauté, aux excès de tout genre ; retour périodique des différents troubles nerveux, tantôt toujours semblables, tantôt variables dans leur forme. A ces symptômes viennent souvent se joindre diverses imperfections physiques, tics, spasmes, mauvaises conformations crâniennes.

Tant que dure l'accès, le dipsomaniaque, réellement reconnu tel, doit être considéré comme complètement irresponsable ; la période de rémission ne nous paraît pas passible de la même immunité, mais il nous paraîtrait dangereux d'y admettre *à priori* une responsabilité absolue. Celle-ci dépend trop des caractères qu'offre cette rémission, pour qu'il soit possible d'émettre à ce sujet des principes absolus.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I.

Considérations générales sur l'action physiologique de l'alcool.

1. De l'alcool et des liquides alcooliques 9
   Eaux-de-vie. 10
   Boissons alcooliques 11
2. Action physiologique de l'alcool en général 12
   A. Chimie et physiologie pathologique de l'alcool . . 13
      Voies et modes d'introduction de l'alcool 13
      Voies et modes d'élimination de l'alcool 15
      Transformations chimiques de l'alcool 16
   B. Action physiologique de l'alcool 22
      Action locale de l'alcool. 22
      Action générale 23
      Action générale sur le système digestif. 23
      " sur le système circulatoire . . . 25
      " sur la calorification. 28
      " sur la respiration et la production d'acide carbonique 32
      " sur le sang 32
      " sur l'appareil et la sécrétion urinaire 34
      " sur la nutrition et les échanges nutritifs 35
      " sur le système nerveux 36
   C. Nature de l'action physiologique de l'alcool . . . 43
   D. De l'alcool comme aliment 46
      Théories sur l'action nutritive de l'alcool 47
      Action antidéperditrice de l'alcool 51

CHAPITRE II.

De l'ivresse en général 53
De l'ivresse normale 54
A. Description de l'ivresse 54
B. Formes de l'ivresse 60
C. Divisions de l'ivresse. 62
D. Mode d'action de l'alcool dans la production de l'ivresse 67
E. Anatomie pathologique de l'ivresse 69
F. Pathogénie de l'ivresse 74
G. Marche, durée et terminaisons de l'ivresse. . . . 87
H. Etiologie de l'ivresse 89
   Ivresses anormales ou pathologiques 101

Pages.
A. Ivresse maniaque 102
Observations I à VI d'ivresses maniaques . . 108 à 116
B. Ivresse convulsive 117
C. Ivresses anormales chez les aliénés des différentes catégories 119
D. Etiologie de l'ivresse pathologique 123
E. Diagnostic de l'ivresse pathologique. 128
F. Anatomie pathologique de l'ivresse pathologique. . 131
G. Nature des ivresses pathologiques 131
3. Influence de l'ivresse sur la descendance 133
4. Rapport de l'ivresse avec la folie. 135
5. Médecine légale de l'ivresse en général. 173
A. Médecine légale de l'ivresse normale 174
Observations VII et VIII relatives à la responsabilité dans l'ivresse 190
B. Ivresse hallucinatoire 207
Observations IX et X d'ivresse hallucinatoire . . 207
C. Médecine légale de l'ivresse pathologique 211
6. Empoisonnement aigu par l'alcool 213
A. Empoisonnement corrosif 213
B. Empoisonnement général 214

CHAPITRE III.

De l'alcoolisme chronique 220
Division 221
1. Alcoolisme chronique viscéral. 223
A. Désordres locaux de l'alcoolisme viscéral chronique. 224
" " dans l'appareil digestif 224
" " dans le foie 231
" " dans l'appareil respiratoire. . . 245
" " dans le système circulatoire . . 253
" " dans l'appareil génito-urinaire. . 258
" " dans l'appareil tégumentaire . . 264
" " dans l'appareil de locomotion . . 267
" " dans le système osseux 268
B. Désordres généraux de l'alcoolisme viscéral chronique 268
Altérations du sang 269
Polysarcie des ivrognes. 271
Cachexie alcoolique 273
Influence de l'alcoolisme sur les maladies intercurrentes. 277
2. Alcoolisme cérébro-spinal chronique. 280
Alcoolisme cérébral en général 280
Anatomie pathologique de l'alcoolisme cérébral chronique 315
Différentes formes d'alcoolisme cérébral chronique. . 328
1re forme : dégénérescence alcoolique 329
Observations XII à XV . . . . . 332 à 342
2e forme : alcoolisme chronique hallucinatoire . . 345

Pages.
Observations XVI à XX. . . . . 350 à 360
3e forme : démence alcoolique ordinaire 364
Observations XXI et XXII 366
4e forme : alcoolisme paralytique; paralysie alcoolique 369
Observations XXIII à XXIX. . . . . 371 à 383
Alcoolisme spinal ou médullaire 426
3. Pathogénie de l'alcoolisme chronique cérébro-spinal . 429
4. Analogies de l'alcoolisme cérébral chronique avec la folie et l'ivrognerie 437
5. Médecine légale de l'alcoolisme cérébral chronique. . 445
Médecine légale de la dégénérescence alcoolique . . 447
Diagnostic médico-légal de la dégénérescence alcoolique 449
Médecine légale de l'alcoolisme hallucinatoire . . . 457
Médecine légale de la démence alcoolique. 461

CHAPITRE IV.

De l'alcoolisme psychique 461
1. Du délire alcoolique en général 463
2. Du delirium tremens. 467
3. Des psychoses alcooliques en général 487
A. Folies alcooliques dépressives. 487
Lypémanie alcoolique 487
Observations XXXVI et XXXVII. 488
B. Folies alcooliques expansives 491
Historique 491
Manie ambitieuse alcoolique 495
Observations XXXVIII à XLIII . . . . . 495 à 510
C. Folies alcooliques chroniques 513
1. Délire des persécutions alcooliques 514
Observations XLIV à XLVI . . . . . 517 à 522
2. Délire de jalousie alcoolique 524
Observations XLVII à L. . . . . 525 à 534
3. Délire mégalomaniaque alcoolique 537
Observation LI. 537

CHAPITRE V.

Alcoolisme héréditaire 540
Historique 541
Description 542
Alcoolisme héréditaire homotype. 542
Observations LII et LIII 548
Alcoolisme héréditaire hétérotype 549
Observations LIV à LVI. . , ... 550 à 553
Dipsomanie 559

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

INDICATION DES MÉMOIRES

CONTENUS DANS LE TOME SEPTIÈME.

Étude d'anthropométrie médicale, au point de vue de l'aptitude au service militaire; par le dr Auguste Jansen.

Nature de l'influence de l'innervation sur la nutrition des tissus; par le dr E. Lahousse.

Des psycho-névroses dyscrasiques; par le dr Semal.

De l'alcoolisme et de ses diverses manifestations, considérées au point de vue physiologique, pathologique, clinique et médico-légal; par le dr Lentz.

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES

This book is due on the date indicated below, or at the expiration of a definite period after the date of borrowing, as provided by the library rules or by special arrangement with the Librarian in charge.

DATE BORROWED	DATE DUE	DATE BORROWED	DATE DUE
C28 (665) 50M			

RC565
L54
1884

Lentz

De l'alcoolisme et de ses diverses manifestations.

APR 6 1966 BINDERY

RC 565
L54
1884